

*Les conflits d'intérêts chez les médecins : un bon exemple de l'apport du Code de déontologie des
médecins afin d'assurer la protection du public*

Par M^e Véronique Guertin
Maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai présenté à M^e François D. Samson, avocat à la retraite
et soumis à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Québec
en vue de l'obtention du grade de Maître en droit

2 octobre 2018

© Véronique Guertin, 2018

Résumé

Nous nous intéressons dans le cadre de ce travail aux situations de conflits d'intérêts chez les médecins. Nous discutons dans un premier temps des bases du système professionnel québécois. Nous traitons par la suite de l'obligation pour les ordres professionnels de se doter d'un code de déontologie, règlement qui doit notamment prévoir des dispositions visant à prévenir les situations de conflits d'intérêts. Nous définissons ensuite ce que constitue un conflit d'intérêts et nous étudions un à un les articles situés dans la section « Indépendance et désintéressement » du *Code de déontologie des médecins* afin d'expliquer l'étendue des obligations des médecins québécois.

« It is not the fault of our doctors that the medical service of the community, as at present provided for, is a murderous absurdity. That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity. »

- George Bernard Shaw, dans la préface de sa pièce de théâtre *The Doctor's Dilemma* publiée en 1909

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. LES BASES DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS	4
II. L'ADOPTION D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE	9
III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS ET À L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE	11
A. Définition et types de conflit d'intérêts	11
B. Les infractions prévues au <i>Code de déontologie des médecins</i>	16
1. <i>Les obligations du médecin évaluateur ou du médecin expert</i>	<i>17</i>
2. <i>L'autotraitement et le traitement des personnes avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de l'exercice professionnel.....</i>	<i>21</i>
3. <i>La recherche d'avantages financiers par l'ordonnances d'appareils, d'examens ou de médicaments, octroi d'avantage ou de commission, ou acceptation de commission ou de ristourne</i>	<i>28</i>
a. <i>La recherche ou l'obtention d'un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments.....</i>	<i>28</i>
b. <i>L'octroi d'un avantage, commission ou ristourne</i>	<i>30</i>
c. <i>L'obtention d'une commission, d'une ristourne ou d'un avantage matériel.....</i>	<i>31</i>
4. <i>La sollicitation de clientèle</i>	<i>40</i>
5. <i>L'utilisation du titre à des fins commerciales.....</i>	<i>43</i>
6. <i>La vente ou location d'appareils et vente de médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé et leur promotion</i>	<i>47</i>
7. <i>Le droit du patient de faire exécuter une ordonnance à l'endroit de son choix.....</i>	<i>52</i>
8. <i>Les activités de recherche</i>	<i>53</i>
9. <i>La participation à une greffe ou à une transplantation d'organe</i>	<i>56</i>
10. <i>L'obligation de ne pas compromettre son indépendance professionnelle.....</i>	<i>57</i>
11. <i>L'obligation de sauvegarder son indépendance professionnelle et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts.....</i>	<i>61</i>
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	70

INTRODUCTION

Au Québec, le contexte dans lequel les médecins exercent leur profession a beaucoup changé au cours des dernières années. L'organisation du système de santé a vécu d'importantes modifications à la suite de l'adoption des projets de loi 10 et 20¹. Le système de santé doit par ailleurs répondre dans le moment à une « augmentation importante de la demande de soins et de services provoquée largement par les changements démographiques et l'ampleur du phénomène des maladies chroniques »². Les changements technologiques importants dans le réseau ont par ailleurs eu des impacts directs sur la pratique des médecins. Leur travail a en conséquence été substantiellement modifié et leurs tâches se sont alourdies considérablement.

Dans le secteur privé, l'adoption, en mars 2007, du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*³ a établi les modalités en vertu desquelles les médecins peuvent exercer leurs activités professionnelles au sein d'une société par actions ou d'une société en nom collectif à responsabilité limitée, ce qui était auparavant interdit. À la suite de l'entrée en vigueur de ce règlement, plusieurs médecins ont décidé de se prévaloir des avantages de l'incorporation. Plusieurs cliniques médicales ont vu la nécessité de conclure des ententes avec des partenaires afin d'offrir des services connexes, notamment avec des laboratoires privés offrant des services d'analyses sanguines ou avec des centres d'imagerie médicale offrant des services d'imagerie par résonance magnétique.

Force est de constater, cependant, que ce nouveau contexte fait naître un lot de questionnements eu égard aux comportements éthiques à adopter. Le médecin peut-il sauvegarder son indépendance professionnelle lorsque sa clinique devient le locataire d'une pharmacie? Peut-il référer un client chez qui il soupçonne une fracture à la clinique de radiologie de sa conjointe? Est-il

¹ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, LQ 2015, c 1; *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, LQ 2015, c 25.

² Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan stratégique 2015-2020*, mis à jour en 2017, à la p du message des ministres, en ligne : < <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf> >.

³ *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, D 191-2007, 21 février 2017, (2007) GOQ II, 1436.

éthique pour lui d'accepter l'invitation d'une compagnie pharmaceutique d'assister à sa charge à un séminaire sur les antidépresseurs aux États-Unis? Est-il acceptable pour lui de vendre à un patient un produit dans lequel il a un intérêt commercial?

En 2018, la vision idéaliste du médecin libre de toute influence n'est plus possible, ni même envisageable. Les situations de conflits d'intérêts sont monnaie courante dans la profession médicale et il est utopique de penser qu'il est possible de les éliminer totalement. La seule façon d'assurer que l'intérêt du patient demeure en tout temps la préoccupation principale du médecin est d'encadrer sa pratique. Au Québec, le *Code de déontologie des médecins*⁴ répond à cet impératif. Il contient des dispositions spécifiques relativement à l'indépendance et au désintéressement des médecins.

Dans le cadre de ce travail, nous étudierons la déontologie applicable aux médecins québécois en matière de conflits d'intérêts. Nous dresserons dans un premier temps l'historique de l'organisation des professionnels au Québec, de l'incorporation des premières corporations professionnelles à l'entrée en vigueur du *Code des professions*⁵ en 1974. Nous verrons l'évolution du mandat des organisations professionnelles au Québec, d'un rôle laissé aux décideurs politiques à celui de protection du public balisé dans le *Code des professions*. Nous verrons par la suite à quels besoins répond la fonction principale des ordres professionnels.

Nous traiterons ensuite de l'obligation des ordres professionnels d'adopter un code de déontologie afin de régir l'exercice de la profession par leurs membres. Nous traiterons brièvement du contenu obligatoire de ce code en vertu du *Code des professions*.

Nous verrons dans un troisième temps à définir le conflit d'intérêts et les concepts afférents, avant de faire une analyse approfondie des articles de la section intitulée « Indépendance professionnelle et désintéressement » du *Code de déontologie des médecins* ayant trait aux situations de conflits d'intérêts. Il sera notamment question de situations jugées à risque par le Collège des médecins, comme le fait d'agir à titre d'expert pour un tiers, de traiter ses proches, de

⁴ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17 [*Code de déontologie des médecins*].

⁵ *Code des professions*, LQ 1973 c 43.

participer à des projets de recherche, à des transplantations d'organes ou à des activités de formation. Nous ferons par ailleurs une revue de la jurisprudence disciplinaire rendue eu égard à l'obtention d'avantages ou de ristournes, la vente ou la location de produits ayant un intérêt pour la santé, la sollicitation de clientèle et l'utilisation du titre à des fins commerciales. Nous terminerons en analysant les obligations générales du médecin de sauvegarder son indépendance professionnelle et d'éviter de se placer dans une situation où il peut être appelé à préférer son intérêt à celui de son patient.

I. LES BASES DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS

C'est en 1847 que les premières corporations professionnelles ont vu le jour, soit la Chambre des notaires⁶ et le Collège des médecins et chirurgiens⁷. Le Barreau du Bas-Canada a été créé deux ans plus tard⁸. C'est la création de ces trois ordres professionnels qui constitue le début du corporatisme professionnel⁹. Cette période fut suivie, dans les années 1865 à 1910, de la création de neuf autres corporations professionnelles en raison de la spécialisation du domaine de la santé et de l'industrialisation rapide au Québec¹⁰. Il y a par la suite eu ralentissement de l'octroi du statut de professionnel, suivi d'une course vers l'obtention du statut entre 1955 et 1970¹¹. Vers la fin des années 1960, le gouvernement entame une réflexion quant aux corporations professionnelles, notamment parce qu'il est le principal employeur de ces professionnels¹² et parce que le contrôle de leurs activités est difficile en raison de l'autonomie accordée par leur statut¹³. Jusqu'alors, les corporations professionnelles étaient créées par loi privée¹⁴. Comme les lois ne prévoyaient pas de critères pour la reconnaissance du statut de professionnel, l'octroi de ce privilège dépendait largement de l'appui politique du groupe¹⁵ :

« Avant la mise en vigueur du Code des professions, les corporations professionnelles étaient généralement créées par une loi parrainée par un député, dont l'adoption donnait souvent lieu à des jeux de force entre le gouvernement et les personnes ou groupements touchés par l'incorporation; c'est dans ses lois particulières que le législateur, en l'absence, malheureusement, de tout modèle cohérent, définissait l'ensemble du cadre de fonctionnement de la corporation et de l'activité de ses membres. »¹⁶

⁶ *Acte pour l'organisation de la profession de Notaire dans cette partie de la Province appelée Bas-Canada*, SC 1847, c 21.

⁷ *Acte pour incorporer les membres de la profession médicale dans le Bas-Canada, et régler l'étude et la pratique de la médecine et de la chirurgie en icelui*, SC 1847, c 26.

⁸ *Acte pour l'incorporation du Barreau du Bas-Canada*, SC 1849, c 46.

⁹ Gilles Dussault, « L'évolution du professionnalisme au Québec », (1978) 33:3 *Relations industrielles* 428 à la p 445, en ligne : < https://www.riir.ulaval.ca/sites/riir.ulaval.ca/files/1978_33-3_4.pdf >.

¹⁰ *Ibid* à la p 447.

¹¹ *Ibid* à la p 451.

¹² Pensons notamment aux infirmières, psychologues, techniciens en radiologie, chimistes, urbanistes, etc.

¹³ *Ibid* à la p 452.

¹⁴ *Ibid* à la p 439.

¹⁵ *Ibid* à la p 439.

¹⁶ René Dussault et Louis Borgeat, « La réforme des professions au Québec », (mai 1974) 34 *R du B* 7.

C'est ainsi qu'en 1966, le gouvernement a donné le mandat à la Commission Castonguay-Nepveu de mettre sur pied un système d'assurance-maladie dans la province, mais également de « faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social »¹⁷, notamment « quant à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social »¹⁸. Dans le cadre de ses travaux, la commission a ainsi examiné l'organisation de l'ensemble des corporations professionnelles qui existaient au Québec. Elle en est venue à la conclusion que la multiplication de ces dernières et les fonctions diverses qu'elles exercent étaient sources de confusion. La Commission constate en effet l'éclatement de la notion de profession¹⁹ et l'existence de multiples organismes professionnels dont les fonctions principales divergent²⁰. Il y a ainsi confusion entre la promotion de la discipline et la protection des membres. Par ailleurs, le fait qu'elles n'obéissent pas à une structure identique ne correspond pas aux besoins de la société²¹. C'est ainsi que la Commission a recommandé l'adoption d'un code des professions pour remplacer la « mosaïque » en place et créé un système unifié et public de droit professionnel²². L'Assemblée Nationale a retenu les propositions de la Commission et a adopté en 1973 le *Code des professions*²³, nouvelle loi-cadre dans le domaine professionnel dont la majeure partie est entrée en vigueur l'année suivante.

L'un des principaux changements apportés par l'entrée en vigueur du *Code des professions* est la création d'un système étatique unifié pour gérer l'ensemble des professionnels de la province. Il revient maintenant au gouvernement de décider si un regroupement de professionnels peut devenir un « ordre professionnel », c'est-à-dire un organisme à qui il octroie l'utilisation d'un titre réservé ou l'exercice exclusif d'une ou plusieurs activités. La décision de consentir à la constitution

¹⁷ Chambre du Conseil exécutif, arrêté en Conseil numéro 2046, 9 novembre 1966.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *Les professions et la société*, vol. VII, tome 1, cinquième partie, Gouvernement du Québec, 1970 à la p 27, en ligne : < https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038 > [Commission Castonguay-Nepveu].

²⁰ *Ibid* à la p 32.

²¹ *Ibid* à la p 31.

²² *Ibid* à la p 36.

²³ *Code des professions*, *supra* note 5.

d'un ordre professionnel est désormais prise en fonction des critères prévus à l'article 25 du *Code des professions*²⁴. Cet article prévoit :

« **25.** Pour déterminer si un ordre professionnel doit ou non être constitué ou si un groupe de personnes doit ou non être intégré à l'un des ordres visés à la section III du chapitre IV, il est tenu compte notamment de l'ensemble des facteurs suivants:

1° les connaissances requises pour exercer les activités des personnes qui seraient régies par l'ordre dont la constitution est proposée;

2° le degré d'autonomie dont jouissent les personnes qui seraient membres de l'ordre dans l'exercice des activités dont il s'agit, et la difficulté de porter un jugement sur ces activités pour des gens ne possédant pas une formation et une qualification de même nature;

3° le caractère personnel des rapports entre ces personnes et les gens recourant à leurs services, en raison de la confiance particulière que ces derniers sont appelés à leur témoigner, par le fait notamment qu'elles leur dispensent des soins ou qu'elles administrent leurs biens;

4° la gravité du préjudice qui pourrait être subi par les gens recourant aux services de ces personnes par suite du fait que leur compétence ou leur intégrité ne seraient pas contrôlées par l'ordre;

5° le caractère confidentiel des renseignements que ces personnes sont appelées à connaître dans l'exercice de leur profession. »²⁵

Lorsqu'un regroupement de professionnels fait la démonstration qu'il remplit les critères prévus au *Code des professions*, le gouvernement leur octroie le statut d'ordre professionnel et il détermine s'il s'agira d'une profession à titre réservé ou à exercice exclusif²⁶. Cela implique que le gouvernement leur délègue le pouvoir de réglementer les activités de leurs membres et de s'assurer de la protection du public. Cette délégation de pouvoir permet d'assurer que la réglementation est pertinente puisque formulée par des personnes compétentes aux plans scientifique et technique²⁷. Il en est ainsi parce que l'ordre professionnel est plus apte à juger de la qualité des services rendus par ses membres²⁸. Le savoir complexe dont est détenteur un professionnel est plus facilement

²⁴ *Code des professions*, RLRQ, c C-26 [*Code des professions*].

²⁵ *Ibid* art 25.

²⁶ Le fait qu'une profession soit à exercice exclusif signifie que seuls les membres de l'ordre professionnel peuvent exercer les activités décrites et porter le titre prévu à la loi particulière. Ces professions sont listées à l'article 32 du *Code des professions*. Les membres d'un ordre professionnel à titre réservé ont l'exclusivité de l'utilisation du titre, mais leurs activités professionnelles ne sont pas réservées aux membres de l'ordre. Elles sont listées à l'article 37 du *Code des professions*.

²⁷ *Commission Castonguay-Nepveu*, *supra* note 19 à la p 44.

²⁸ Gaétane Desharnais, *La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels*,

surveillé par des pairs²⁹. Cela met par ailleurs théoriquement les professionnels à l'abri de l'ingérence politique³⁰.

En contrepartie de la grande autonomie laissée aux ordres professionnels de s'autoréglementer, le gouvernement s'est tout de même laissé un droit de regard sur les activités des ordres professionnels. Le *Code des professions* a créé l'Office des professions, un organisme relevant du ministre responsable de l'application des lois professionnelles ayant pour mission de s'assurer de l'efficacité et de la pertinence du travail accompli par les ordres professionnels afin de s'assurer de la protection du public³¹. L'Office doit veiller à ce que les pouvoirs délégués aux ordres soient utilisés conformément au mandat confié et il possède un pouvoir de recommander au gouvernement la mise en tutelle d'un ordre professionnel qui ne remplirait pas son mandat³².

La deuxième transformation opérée par l'adoption du *Code des professions* est que les ordres professionnels ont désormais pour principale fonction « d'assurer la protection du public »³³. Si, avant la Commission Castonguay-Nepveu, il existait une vingtaine de corporations professionnelles autonomes de l'État qui pouvaient à la fois avoir pour mandat de protéger leurs membres et le public³⁴, tel n'est plus le cas. Les ordres professionnels doivent maintenant exercer

Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008 à la p 14 [Desharnais].

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.* Voir aussi *Pearlman c Société du Barreau du Manitoba*, [1991] 2 RCS 869. En pratique, néanmoins, la question se pose de savoir si le système professionnel actuel est totalement à l'abri de l'ingérence politique. À titre d'exemple, le *Code des professions* prévoit, à son article 95, que les règlements les plus importants d'un ordre professionnel doivent être approuvés par le gouvernement, qui peut les modifier sans préavis avant leur publication à la Gazette officielle. Les présidents de conseils de discipline sont par ailleurs nommés par le gouvernement, sans aucune consultation auprès des ordres professionnels concernés (art 115.2 du *Code des professions*).

³¹ *Code des professions*, *supra* note 24, art 12.

³² *Code des professions*, *supra* note 22, art 14.5.

³³ *Code des professions*, *supra* note 24, art 23. Les ordres professionnels, en tant que personnes morales, engagent par ailleurs leur responsabilité civile s'ils ne respectent pas leur obligation de protéger le public. Voir, à cet effet, *Finney c Barreau du Québec*, 2004 CSC 36.

³⁴ Le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu souligne bien les changements proposés au système : « Ce double objectif, protection du public et protection des membres, peut soulever des conflits entre des intérêts opposés mais, par ailleurs, légitimes. Aussi importe-t-il que le rôle des organismes professionnels soit défini de façon que leur incombe la tâche de protéger d'abord les intérêts du public, puis ceux de leurs membres, mais seulement dans la mesure où les intérêts de ces derniers constituent un moyen d'assurer l'intérêt du public » (*Commission Castonguay-Nepveu*, *supra* note 19, à la p 44).

cette mission de protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par leurs membres³⁵ en tentant de prévenir les risques de préjudice pouvant « porter atteinte à l'intégrité physique, psychologique et patrimoniale des individus, ainsi qu'à la confidentialité et à la vie privée »³⁶. Ils disposent, pour ce faire, de plusieurs mécanismes prévus par la loi, qui incluent les mécanismes de contrôle prévus lors de l'admission à la profession³⁷, la discipline³⁸, l'inspection professionnelle³⁹, la formation continue⁴⁰, les poursuites pour exercice illégal ou usurpation de titre⁴¹, etc.

Cette deuxième transformation s'explique aussi par la nature même de la relation entre le professionnel et son client. L'obtention du statut de professionnel implique la reconnaissance, par l'Office des professions, que les membres du regroupement détiennent un savoir pratique et théorique dont ils se serviront dans l'exercice de leur profession. Étant experts dans le domaine, ils disposent d'un degré d'autonomie important dans l'exercice de leurs activités professionnelles. Le client, lui, peut difficilement évaluer les connaissances du professionnel. Il existe ainsi une relation asymétrique entre le professionnel et le client, qui se trouve invariablement en situation de dépendance à l'égard du professionnel⁴². Cette relation, que la Cour suprême a qualifié de relation fiduciaire dans l'affaire *Norberg c Wynrib*⁴³, « se caractérise essentiellement par le fait que l'une des parties exerce un pouvoir au nom de l'autre et s'engage à agir dans le meilleur intérêt de celle-ci »⁴⁴. Elle s'explique par le fait que le client est vulnérable lorsqu'il consulte le professionnel, notamment parce qu'il a besoin de lui divulguer des renseignements personnels et confidentiels afin de bénéficier de son expertise, ce qu'il ne ferait probablement pas dans un autre contexte. Le professionnel détient ainsi un pouvoir sur le client qui, s'il n'est pas bien exercé, peut avoir des conséquences préjudiciables pour ce dernier. C'est pour ce motif que l'ordre professionnel viendra

³⁵ Conseil interprofessionnel du Québec, *Le système professionnel québécois*, c 3.1, reproduit dans Desharnais, *supra* note 28 à la p 1.

³⁶ *Code des professions*, *supra* note 24, art 23 al 2.

³⁷ *Code des professions*, *supra* note 24, art 40 et s.

³⁸ *Code des professions*, *supra* note 24, art 116 et s.

³⁹ *Code des professions*, *supra* note 24, art 86 al 1j).

⁴⁰ *Code des professions*, *supra* note 24, art 94o).

⁴¹ *Code des professions*, *supra* note 24, arts 188 et s.

⁴² *Hodgkinson c Simms*, [1994] 3 RCS 377.

⁴³ *Norberg c Wynrib*, [1992] 2 RCS 226.

⁴⁴ *Ibid* à la p 230.

à ce moment exercer un contrepoids afin de surveiller les agissements du professionnel⁴⁵ et protéger le client.

L'un des principaux mécanismes dont dispose les ordres professionnels pour assurer la protection du public est la discipline. Ce mécanisme repose en partie sur l'adoption, par un ordre professionnel, d'un code de déontologie.

II. L'ADOPTION D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est « l'ensemble des exigences morales impliquées dans le champ plus restreint de la pratique professionnelle »⁴⁶. Afin de s'assurer que les valeurs respectées par la profession soient claires, chaque ordre professionnel doit se doter d'un code de déontologie. Ce code vise à réglementer la conduite des membres d'un ordre professionnel en érigeant un certain nombre de règles de conduite à respecter. On cherche à ce que le comportement des professionnels ne soit pas laissé à leur morale, leur éthique professionnelle, mais qu'il y ait des conséquences sur leur droit d'exercer la profession en cas de manquement⁴⁷. Ces codes de déontologie visent dans un premier temps à assurer la protection du public⁴⁸. La Cour d'appel mentionne, dans l'arrêt *Paquette c Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins*, que l'un des objectifs de la discipline est « de protéger les citoyens québécois contre les professionnels susceptibles de leur causer préjudice et d'une façon plus générale de maintenir un standard de haute qualité à leur endroit »⁴⁹. C'est pourquoi les principes d'intégrité, d'indépendance et de désintéressement qui doivent guider la conduite des professionnels se trouvent enchâssés dans les codes de déontologie.

⁴⁵ Luc Bégin, « Le modèle professionnel québécois et les situations conflictuelles de loyautés multiples : quelques pistes de réflexion » dans Jennifer Centeno et Luc Bégin, dir, *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques*, Montréal, Nota Bene, 2015, 235 à la p 242.

⁴⁶ Pierre Fortin, « L'éthique et la déontologie : un débat ouvert » dans Guy Bourgeault, dir, *L'éthique professionnelle : réalités du présent et perspectives d'avenir au Québec*, Montréal, Fides, 1989, 65 à la p 70.

⁴⁷ Desharnais, *supra* note 28 à la p 47.

⁴⁸ *Chevalier c Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)*, 2005 QCTP 137, AZ-50348158.

⁴⁹ *Paquette c Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins*, [1995] RDJ 301 à la p 4, 1995 CanLII 5215. Certains auteurs qualifient les codes de déontologie de « police d'assurance » du client du professionnel (Institut supérieur des sciences humaines, *La déontologie professionnelle*, Québec, Université Laval, 1977, à la p 41 [Institut supérieur des sciences humaines]).

La discipline professionnelle sert également, *a posteriori*, à imposer une sanction à un professionnel qui aurait dépassé les limites de ce qui est jugé acceptable par ses pairs et à agir à titre d'exemple auprès des membres du même ordre professionnel⁵⁰.

Suivant l'article 87 du *Code des professions*, le conseil d'administration d'un ordre professionnel doit adopter un code de déontologie imposant à ses membres « des devoirs d'ordre général et particulier envers le public, ses clients et sa profession »⁵¹. L'ordre professionnel devra ainsi se doter de règles spécifiques pour chacune de ces catégories.

La jurisprudence a reconnu qu'en matière disciplinaire, les normes de conduite prévues au code de déontologie n'avaient pas à avoir la même précision que les infractions de nature pénale⁵². Ces normes doivent néanmoins être suffisamment claires et précises pour constituer des balises pour que le professionnel sache comment se comporter:

« [L]a faute s'analyse comme la violation de principes de moralité et d'éthique propres à un milieu et issus de l'usage et des traditions. Il est donc difficile de la qualifier avec la même précision qu'exige le droit pénal et s'il est vrai qu'une codification limitative des fautes disciplinaires est probablement souhaitable, elle est rarement réalisable à cause de la diversité, de la complexité et du caractère imprévisible des situations. C'est pourquoi le droit disciplinaire n'applique pas la règle *nullum crimen sine lege*, mais s'en tient plutôt au principe de la liberté de qualification de la faute disciplinaire. »⁵³

Afin d'être efficaces, les règles comprises au code de déontologie doivent être suffisamment souples pour couvrir un large éventail de situations⁵⁴. Le professionnel sera jugé selon l'appréciation des circonstances par ses pairs et soumis à leur interprétation de la norme.

⁵⁰ *Pigeon c Daigneault*, [2003] RJQ 1090, 2003 CanLII 32934, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 29829 (9 octobre 2003).

⁵¹ *Code des professions*, *supra* note 24, art 87.

⁵² *Bécharde c Roy*, [1975] CA 509, AZ-75011146.

⁵³ Yves Ouellette, « L'imprécision des codes de déontologie professionnelle », (novembre 1977) 37 R du B 669, à la p 670.

⁵⁴ Desharnais, *supra* note 28 à la p 20. Voir aussi *Béliveau c Comité de discipline du Barreau du Québec*, [1992] RJQ 1822, à la p 1825 : « Les règles de déontologie, et donc les textes qui indiquent les conduites considérées comme contraires à l'éthique, n'ont pas besoin d'énumérer de façon restrictive toutes et chacune des fautes disciplinaires potentielles ».

Les règles prévues par le code de déontologie sont obligatoires et trouveront application peu importe le contexte dans lequel le professionnel exerce sa profession, que ce soit dans le système public ou au privé et qu'il soit salarié ou non. Ces règles s'ajouteront aux normes d'éthique ou autres imposées par le milieu de travail et les institutions qui les régissent⁵⁵.

Analysons maintenant plus spécifiquement les dispositions du code de déontologie relatives aux conflits d'intérêts.

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS ET À L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Suivant les prescriptions de l'article 87 du *Code des professions*, le code de déontologie d'un ordre professionnel doit contenir des dispositions visant à prévenir les conflits d'intérêts.

A. Définition et types de conflits d'intérêts

Avant d'analyser les articles pertinents du *Code de déontologie des médecins* et la jurisprudence rendue en matière disciplinaire, la question se pose de savoir ce que constitue exactement un conflit d'intérêts. Afin de bien comprendre ce principe, il importe d'analyser le sens commun des termes « conflit » et « intérêt ». Le Petit Robert de la langue française définit le conflit comme une « [l]utte, combat » ou une « [r]encontre d'éléments, de sentiments contraires, qui s'opposent »⁵⁶. On entend par intérêt « [c]e qui importe, ce qui convient à qqn (en quelque domaine que ce soit) »⁵⁷. Le conflit d'intérêts est quant à lui défini par le Petit Larousse illustré comme une « situation dans laquelle se trouve une personne (ayant une mission d'intérêt général, par ex.) dont les intérêts personnels sont incompatibles avec les exigences de la fonction qu'elle occupe »⁵⁸. Transposée au droit professionnel, le conflit d'intérêts implique, chez le professionnel concerné, une dualité entre un ou plusieurs intérêts personnels et la considération dont il doit faire preuve envers un autre intérêt en raison de son statut ou de son rôle⁵⁹. Le gain que peut rechercher cette personne

⁵⁵ Desharnais, *supra* note 28 à la p 3.

⁵⁶ *Petit Robert de la langue française*, 2017, *sub verbo* « conflit ».

⁵⁷ *Petit Robert de la langue française*, 2017, *sub verbo* « intérêt ».

⁵⁸ *Petit Larousse illustré*, 2018, *sub verbo* « conflit d'intérêts ».

⁵⁹ Le concept du conflit d'intérêts doit par ailleurs être distingué du concept de conflits de loyautés, ou conflit d'allégeance. En effet, si le professionnel est tiraillé entre son intérêt personnel et celui du client, il s'agit d'un

pour elle-même peut être financier, mais il peut être d'une autre nature : cela peut être la recherche d'un avantage, la fuite devant un inconvénient, la convoitise du pouvoir, ou même l'accès à certains plaisirs immédiats ou à plus long terme⁶⁰. Il s'agira dans ce cas d'un conflit d'intérêt direct⁶¹. Le conflit d'intérêts pourra également être indirect, ce qui sera le cas lorsque le professionnel bénéficiera de l'avantage conféré par le truchement d'une personne de son entourage⁶².

L'article 3 du *Code de déontologie des médecins* précise que « [l]e médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif »⁶³. Le *Code de déontologie des médecins* mentionne de plus que « [l]e médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa liberté professionnelle »⁶⁴ et qu'il doit non seulement chercher à établir, mais également maintenir une relation de confiance avec son patient. L'article 60 du *Code de déontologie des médecins* stipule quant à lui que le médecin doit refuser de collaborer ou de participer à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient en ce qui a trait à sa santé⁶⁵. Ces articles consacrent le fait que, dans le cadre d'une relation patient-médecin, la considération principale du professionnel doit être l'intérêt du patient. On s'attend ainsi à ce que le médecin fasse preuve d'objectivité et laisse de côté ses intérêts ou préférences personnelles. La relation médecin-patient étant basée en grande partie sur les connaissances spécialisées du professionnel, on s'attend à ce que le patient puisse se fier à la neutralité du professionnel pour prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à sa santé. On veut que le jugement du professionnel repose sur les données objectives médicalement reconnues, indépendamment de ses opinions ou de ses intérêts personnels. Comme l'indique un auteur, « [c]e n'est pas nécessairement l'assurance mais la prétention à l'objectivité d'un savoir qui justifie que la

conflit d'intérêts. S'il doit, cependant, prendre une décision en fonction d'intérêts autre que les siens, il s'agira d'un conflit de loyautés.

⁶⁰ Alain Létourneau, « Vers une clarification de la notion d'intérêt » dans *École du Barreau du Québec*, dir, *Éthique, profession juridique et société*, Collection de droit 2011-2012, Cowansville, Yvon Blais, 2011, 25.

⁶¹ Catherine Piché, « Définir, prévenir et sanctionner le conflit d'intérêts », (2013) 47:3 RJT 497 à la p 508, en ligne : < https://ssl.editionsthemis.com/uploaded/revue/article/31021_Pich%C3%A9.pdf > [Piché].

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 3.

⁶⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 7.

⁶⁵ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 60.

plupart des gens se fient à ceux qui le possèdent »⁶⁶. Le médecin doit ainsi respecter l'autonomie du patient⁶⁷ et éviter le paternalisme médical.

Le médecin n'exerce toutefois pas toujours à titre de praticien. En ce qui a trait aux médecins dont la pratique est axée sur la recherche clinique, l'intérêt prédominant devra être la préservation de l'intégrité de la recherche⁶⁸. Le *Code de déontologie des médecins* prévoit en effet que le professionnel doit s'abstenir « d'inscrire, de produire ou d'utiliser des données qu'il sait erronées »⁶⁹ et qu'il ne doit pas cacher les résultats négatifs d'une recherche à laquelle il a participé⁷⁰. Un auteur note que dans le cas de médecins enseignants dans les facultés de médecine, la considération principale de son exercice professionnel doit être l'éducation des étudiants⁷¹.

La notion de conflit d'intérêts ne peut être étudiée sans faire référence au concept de loyauté et d'indépendance. L'obligation de ne pas se placer en situation de conflits d'intérêts découle par ailleurs de l'obligation du professionnel de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité et loyauté⁷², deux notions intimement liées :

« La loyauté implique une unité de comportement que le conflit d'intérêts remet en cause. Peu importe que soient visés la bonne foi, l'impartialité ou l'objectivité du professionnel, c'est toujours la même exigence de loyauté qui est requise et le même comportement qui est stigmatisé : l'attitude qui consiste pour une personne à privilégier ses intérêts propres au détriment d'intérêts supérieurs. »⁷³

Un autre auteur mentionne, à ce propos :

« La loyauté se manifeste d'abord négativement. Elle impose de ne pas trahir, de ne pas dissimuler ou de ne pas faire preuve de duplicité. Elle s'entend, ensuite, positivement,

⁶⁶ Collège des médecins, *Les conflits d'intérêts et l'indépendance professionnelle : Nouveaux défis pour l'éthique des médecins*, rapport du groupe de travail sur l'éthique, octobre 2000, à la p 9.

⁶⁷ *Ibid* à la p 11.

⁶⁸ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 78.

⁶⁹ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 84.

⁷⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 87.

⁷¹ Dennis F. Thompson, « Understanding financial conflict of interest » (1993) 329:8 *New England Journal of Medicine* 573, en ligne : <https://pdfs.semanticscholar.org/0795/04bd2e2161f0ae521ecdf84a46a809743051.pdf> >.

⁷² *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 5.

⁷³ P.-F. Cuif, *Le conflit d'intérêts, essai sur la détermination d'un principe juridique en droit privé : RTD com.* 2005, p 1, reproduit dans Charles-Henri Boeringer et al, *Les conflits d'intérêts dans l'entreprise : identifier, prévenir et gérer les conflits d'intérêts*, Paris, LexisNexis, 2016, à la p 12 [Boeringer].

en ce sens qu'elle impose des actes positifs envers le bénéficiaire, par exemple la fourniture d'informations, voire de conseils. »⁷⁴

La loyauté renvoie encore une fois au concept de relation fiduciaire sur laquelle est basée la relation entre un professionnel et son client.

Le concept de l'indépendance, quant à lui, est sous-entendu de la notion de conflit d'intérêts. Il fait référence au fait qu'un médecin ne devrait pas être lié ou associé à un tiers, ce qui aurait pour effet de limiter ou l'abandon de son indépendance dans l'accomplissement d'un acte médical. On cherche ainsi à éviter que le diagnostic ou le traitement soit dicté par un tiers, ce que le domaine médical appelle du compéragé :

« Le compéragé est défini comme l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou de tiers. Le médecin qui se rend coupable de « compéragé » souhaite ainsi satisfaire un intérêt personnel aux dépens de son patient, du fait de sa coalition d'intérêts avec un autre praticien du monde médical : le médecin va, par exemple, recommander à son patient de se rendre dans une pharmacie avec laquelle il a des liens particuliers, plutôt qu'à une autre, ou de se faire opérer dans une clinique particulière dans laquelle il a des intérêts. »⁷⁵

Le compéragé est ainsi un bon exemple d'atteinte à l'indépendance du professionnel.

Un conflit d'intérêts pourra, dans certaines circonstances, être considéré comme un conflit de rôles. Ce conflit de rôles est défini, selon Katz et Kahn, comme « l'incompatibilité entre deux ou plusieurs attentes et/ou demandes, de telle sorte que l'acquiescement à l'une d'entre elles, de la part du titulaire visée, rend l'acceptation ou la réalisation de l'autre plus difficile sinon impossible »⁷⁶. Cela peut notamment se manifester lorsqu'une personne est amenée à jouer plusieurs rôles qui présentent des incompatibilités.

Il importe de distinguer la notion de conflits d'intérêts de la notion de conflit de loyautés. Dans le premier cas, le professionnel vit un conflit entre son intérêt et celui de son patient, alors que dans le deuxième cas, le conflit chez le professionnel a lieu entre plusieurs de ses obligations. Le

⁷⁴ Boeringer, *supra* note 73 à la p 33.

⁷⁵ *Ibid* à la p 154.

⁷⁶ Daniel Katz et Robert L. Kahn, *The Social Psychology of Organizations*, New York, Wiley, 1966, à la p 184.

médecin qui soigne un patient à l'urgence à la suite d'une blessure par balle, par exemple, aura un choix à faire après avoir prodigué des soins à cette personne : assurer le secret professionnel de son patient ou avertir les autorités publiques comme l'exige la *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*⁷⁷. Il s'agira alors d'un conflit entre deux obligations qui lui incombent. Toutefois, comme son intérêt personnel n'est pas en jeu, il ne s'agit pas d'un conflit d'intérêts.

La littérature reconnaît trois différents types de conflits d'intérêts, soit le conflit d'intérêts réel, le conflit d'intérêts potentiel et le conflit d'intérêts apparent. Il y a conflit d'intérêts réel lorsque l'intérêt personnel de la personne qui doit exercer son jugement professionnel est en conflit avec les intérêts de la personne dont elle a la charge⁷⁸. Le conflit d'intérêts est potentiel lorsqu'il est raisonnablement prévisible que son intérêt vienne en conflit dans le futur avec les intérêts de la personne dont elle a la charge, et ce, même si le rôle n'est pas encore conflictuel ou si la personne n'a pas encore eu à prendre une décision⁷⁹. Le conflit d'intérêts apparent est quant à lui défini de la façon suivante :

« Quant au conflit d'intérêts apparent, il survient lorsqu'il y a de la part d'une personne bien informée, une crainte raisonnable de conflit entre le(s) intérêt(s) de l'agent et celui(ceux) qu'elle représente (sans égard au fait que cela soit le cas ou non en réalité). Il laisse craindre, par une personne honnête, que le jugement ou l'objectivité impartiale et professionnelle du fiduciaire ou de l'agent puisse être compromis. Ainsi, l'apparence d'un conflit d'intérêts aux yeux du public « raisonnable » constitue la caractéristique qui différencie le conflit d'intérêts apparent des autres types de conflits. » (références omises)⁸⁰

C'est une lecture attentive de la norme qui déterminera lequel des types de conflits d'intérêts l'article vise à prévenir.

Avant d'analyser en profondeur les infractions prévues au *Code de déontologie des médecins*, nous ne pouvons passer sous silence le fait que l'existence même d'une relation

⁷⁷ *Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*, RLRQ c P-38.0001.

⁷⁸ Piché, *supra* note 61.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Ibid.*

professionnelle sous-entend nécessairement un conflit d'intérêts chez le professionnel en raison du versement d'honoraires ou d'un salaire à la suite des services rendus. Le médecin est sollicité afin d'émettre un diagnostic et de conseiller le patient quant aux traitements disponibles; il peut par ailleurs avoir un intérêt dans le type de traitement choisi si ses honoraires professionnels en dépendent⁸¹. On comprend ainsi que, théoriquement, il est impossible pour le professionnel d'agir de façon totalement désintéressée puisque la raison même pour laquelle il exerce sa profession est qu'il souhaite être rémunéré. Le système professionnel reconnaît toutefois que les professionnels jouissent d'une « présomption favorable de désintéressement »⁸². Le *Code de déontologie des médecins* comporte à cet effet des dispositions visant à encadrer les médecins qui voudraient fournir un soin ou un traitement qui ne serait pas médicalement nécessaire⁸³.

B. Les infractions prévues au *Code de déontologie des médecins*

Le *Code de déontologie des médecins* contient vingt-deux articles spécifiques aux conflits d'intérêts dans sa section relative à l'indépendance et au désintéressement⁸⁴. Les deux premiers articles de la section jettent les bases du comportement attendu de la part du médecin en matière d'indépendance professionnelle :

« **63.** Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées.

⁸¹ Davis, Michael et Andrew Stark, *Conflict of Interest in the Professions*, Oxford, Oxford University Press, 2001, à la p 285 [Davis]. On peut avancer que la meilleure façon pour éviter en totalité ce type de conflit d'intérêts serait de séparer complètement les fonctions de diagnosticien/prescripteur et traiteur. Le patient se ferait donc diagnostiquer et prescrire un traitement par un médecin, et le remède serait effectué par un autre médecin (Davis, à la p 286).

⁸² Institut supérieur des sciences humaines, *supra* note 47, à la p 198. Comme le signale le Collège des médecins au sujet de ses membres, « [i]ls le font contre rémunération, bien entendu, mais sans viser pour autant la maximisation du profit, comme le feraient des commerçants » (Collège des médecins, *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter*, rapport du groupe de travail en éthique clinique, adopté par le comité exécutif le 22 septembre 2011, à la p 7, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2011-09-01-fr-frais-factures-patients.pdf> >).

⁸³ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, arts 5 et 50. La Régie de l'assurance-maladie du Québec dispose également de pouvoirs d'inspection et d'enquête lui permettant de déterminer si les services fournis par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente sont des services requis au point de vue médical (arts 3 a) et 22 et s de la *Loi sur l'assurance-maladie*).

⁸⁴ Notre étude se limitera aux articles de la section IV du *Code de déontologie des médecins*.

64. Le médecin doit ignorer toute intervention d'un tiers en vue d'influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son patient, d'un groupe d'individus ou d'une population. »⁸⁵

Il s'agit de dispositions générales qui pourront être invoquées dans une plainte disciplinaire si une disposition plus spécifique du *Code de déontologie des médecins* n'encadre pas déjà le comportement du professionnel. Pour ce motif, nous nous intéresserons dans un premier temps aux articles du *Code de déontologie des médecins* qui prévoient de façon spécifique des situations potentielles de conflits d'intérêts et nous étudierons par la suite le traitement jurisprudentiel réservé à ces articles généraux.

Analysons dans un premier temps les obligations du médecin agissant comme évaluateur ou comme expert.

1. Les obligations du médecin évaluateur ou du médecin expert

Le médecin expert est une personne qui est reconnue pour ses connaissances et son expérience dans un domaine donné⁸⁶. Son mandat consiste à « donner une opinion médicale à partir de l'évaluation qu'il fait d'une personne ou d'une situation relevant de son champ de compétence »⁸⁷. La demande d'expertise peut être faite par la personne elle-même ou sollicitée par un tiers⁸⁸. Elle a « pour but d'éclairer un tiers et, ainsi, contribuer au règlement d'un litige ou permettre à un décideur d'exercer son jugement »⁸⁹. L'absence de lien thérapeutique avec la personne évaluée ou expertisée constitue l'un des principes directeurs de la médecine d'expertise, règle qui est également consacrée à l'article 66 du *Code de déontologie des médecins*⁹⁰. L'existence d'un tel lien constituerait un conflit de rôles et le médecin doit refuser tout mandat qui mettrait en opposition l'intérêt de son patient avec celui d'une autre personne, et ce, peu importe le contexte. L'objectivité et l'impartialité de l'expert pourraient être mises en doute⁹¹.

⁸⁵ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, arts 63 et 64.

⁸⁶ Collège des médecins, *La médecine d'expertise*, guide d'exercice, septembre 2006, à la p 4, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-09-01-fr-medicine-expertise-guide.pdf> >.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Supra* note 86, à la p 3.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 66.

⁹¹ *Supra* note 86, à la p 14.

L'article 67 du *Code de déontologie des médecins* dresse une liste des obligations du médecin expert ou évaluateur en lien avec son mandat :

« 67. Le médecin, agissant pour le compte d'un patient ou d'un tiers comme expert ou évaluateur, doit:

1° faire connaître avec objectivité et impartialité à la personne soumise à l'évaluation ou à l'expertise, le but de son travail, les objets de l'évaluation ou de l'expertise et les moyens qu'il compte utiliser pour la réaliser; il doit aussi l'informer du destinataire de son rapport d'évaluation ou d'expertise et de la manière d'en demander copie;

2° s'abstenir d'obtenir de cette personne toute information ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation ou de l'expertise;

3° limiter la communication au tiers aux seuls commentaires, informations ou interprétations nécessaires pour répondre aux questions soulevées par l'évaluation ou l'expertise demandée;

4° s'abstenir de poser un geste ou de tenir des propos susceptibles de diminuer la confiance de cette personne envers son médecin;

5° communiquer avec objectivité, impartialité et diligence son rapport au tiers ou à la personne qui a demandé l'évaluation ou l'expertise. »⁹²

Le médecin qui agit à titre d'évaluateur ou à titre d'expert aura ainsi une certaine obligation de transparence à l'égard de la personne faisant l'objet de son analyse puisqu'il devra lui communiquer le mandat qui lui a été confié et le moyen d'obtenir copie du rapport d'expertise. En lien avec cet article, la Direction des enquêtes du Collège des médecins a tenu à rappeler ses membres à l'ordre en 2016 relativement à l'existence d'une pratique selon laquelle le médecin remet un rapport d'expertise « officiel » répondant aux questions posées par le mandant, en plus de documents « annexes » contenant d'autres notes médico-administratives au sujet de la personne évaluée ou expertisée. Le Collège des médecins a statué qu'une telle pratique était contraire au *Code de déontologie des médecins* en raison du manque de transparence envers la personne faisant l'objet de l'évaluation ou de l'expertise⁹³. Le Collège rappelait ainsi le principe selon lequel l'ensemble des informations pertinentes doit se trouver dans le rapport d'expertise : il n'y a aucune raison pour que d'autres informations soient communiquées dans un autre document.

⁹² *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 67.

⁹³ Collège des médecins, « Le mandat d'expertise : transparence et pertinence », communiqué, 20 janvier 2016, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/mandat-expertise-transparence-et-pertinence.aspx> > [Collège des médecins, « Le mandat d'expertise »].

L'article 68 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que, dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude d'une personne à exécuter un travail, le médecin doit s'en tenir à l'obtention des informations pertinentes à cette fin⁹⁴. Le Collège des médecins rappelait à ses membres en 2016 que l'utilisation du terme « nécessaire » ne devait pas s'interpréter comme voulant dire l'utilité ou la commodité, mais plutôt comme « une chose absolument indispensable, ce dont on ne peut rigoureusement se passer »⁹⁵. Le médecin expert devra ainsi limiter les informations données au tiers à ce qui est absolument indispensable et pertinent pour remplir le mandat. Ainsi, le fait qu'il ait obtenu des informations personnelles et confidentielles de la part de la personne expertisée ou évaluée considérées comme essentielles afin de bien l'évaluer ne veut pas dire que ces dernières devront toutes être communiquées au mandant⁹⁶.

Une revue de la jurisprudence disciplinaire du Collège des médecins nous permet de constater que deux dossiers ont été analysés en lien avec des allégations de manquement à la sauvegarde de l'indépendance professionnelle dans le contexte d'une évaluation ou d'une expertise. Dans *Médecins (Corporation professionnelle des) c Lesage*⁹⁷, l'intimé faisait l'objet d'une plainte comportant plusieurs chefs d'infraction liés à une expertise menée pour le compte du directeur du personnel d'une compagnie, incluant un chef d'infraction de s'être prononcé dans son rapport d'expertise sur l'état psychologique ou psychiatrique de la personne sans l'avoir informée de l'objet de son mandat et sans avoir obtenu son consentement libre et éclairé et un chef d'infraction d'avoir intégré à son rapport des commentaires non justifiés et/ou non pertinents. Le directeur lui avait demandé de procéder à une expertise sur un employé qui revenait d'un arrêt de travail. Le médecin a plaidé coupable à un chef d'avoir manqué à la sauvegarde de son indépendance professionnelle en procédant à cette expertise. Le conseil de discipline note que l'intimé recevait un revenu intéressant de cette compagnie et, s'étant fait une image négative de l'employé en question, il a cherché à trouver des éléments pouvant accréditer sa thèse plutôt que de faire preuve d'objectivité

⁹⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 68.

⁹⁵ Collège des médecins, « Le mandat d'expertise », *supra* note 93.

⁹⁶ Collège des médecins, *Modifications au Code de déontologie des médecins*, guide explicatif, janvier 2015, mis à jour en janvier 2017, à la p 6, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf> > [Collège des médecins, « Modifications au Code de déontologie des médecins »].

⁹⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c Lesage*, AZ-51222813.

comme lui recommandait son code de déontologie⁹⁸. Ce faisant, il a fait preuve de complaisance envers le mandant et d'un manque d'éthique professionnelle⁹⁹. Comme le note le conseil de discipline, « [l]a crédibilité du médecin et de la profession est totalement remise en cause et la confiance du public grandement atteinte » en présence d'un tel comportement¹⁰⁰. Dans *Corporation professionnelle des médecins du Québec c Khalil*¹⁰¹, l'intimé était accusé d'avoir fait parvenir à un tribunal libanais une opinion médicale sur l'état mental de l'une de ses patientes dans le but de supporter la demande d'annulation de mariage de son frère, et ce, sans l'autorisation de la patiente et sans avoir procédé chez elle à un examen physique ou psychiatrique. Le conseil de discipline a tout de suite noté que le médecin était en conflit d'intérêts et que « [l]es intérêts en présence étaient tels qu'il pouvait être porté à préférer certains d'entre eux, c'est-à-dire ceux de son frère à ceux de sa patiente, sa belle-sœur; son intégrité et sa loyauté envers sa patiente étaient mises à rude épreuve »¹⁰². Le conseil de discipline juge que le manquement est grave et répréhensible puisque le médecin a porté atteinte au fondement même de la relation professionnelle, soit la confiance que lui portait sa patiente et ses attentes à l'effet que les communications et informations relatives à sa santé ne seraient pas communiquées à des tiers sans son consentement. La culpabilité et la sanction ont été maintenues par le Tribunal des professions.

Le conseil de discipline du Collège des médecins a également été saisi de deux dossiers dans lesquels il était allégué que les médecins intimés avaient agi à titre de médecin évaluateur en ayant occupé des fonctions incompatibles avec ce rôle. Dans l'affaire *Médecins (Corporation professionnelle des) c Rousseau*¹⁰³, la neurologue intimée avait rédigé un rapport d'expertise concernant un certain Monsieur Paquette dans le cadre d'un litige intenté par ce dernier à la suite de blessures corporelles. Quelques années plus tard, la même neurologue avait rédigé un rapport d'expertise quant à l'invalidité de Monsieur Paquette pour le compte de la Régie des rentes du Québec. Une plainte privée avait été logée devant le conseil de discipline par la femme de Monsieur Paquette, alléguant le conflit d'intérêts du médecin. Le conseil de discipline a jugé que comme

⁹⁸ *Ibid* au para 51.

⁹⁹ *Ibid* au para 53.

¹⁰⁰ *Ibid* au para 57.

¹⁰¹ *Corporation professionnelle des médecins du Québec c Khalil*, [1992] DDCP 139, AZ-92041086, conf par AZ-50009975.

¹⁰² *Ibid* à la p 9.

¹⁰³ *Tardif c Rousseau*, AZ-51432371, appel rejeté par 2008 QCTP 7, AZ-51460625.

l'expertise effectuée dans le cadre du litige l'avait été à la demande de la partie adverse, la neurologue n'avait jamais été le médecin traitant de Monsieur Paquette. Elle n'avait donc jamais agi pour un tiers contre ce patient, raison pour laquelle l'acquiescement fut prononcé. Dans *Médecins c Landry*¹⁰⁴, un plaignant privé accidenté de la route prestataire de la Société d'assurance automobile du Québec reprochait à l'intimée d'avoir agi pour lui à titre de médecin traitant, alors qu'elle agissait également comme médecin évaluateur pour l'organisme dans le cas d'autres accidentés. Dans ce dossier, le Tribunal des professions a renversé la décision du conseil de discipline ayant conclu que le médecin était en conflit d'intérêts. Le Tribunal ne voyait pas de problème avec le fait qu'elle agisse un jour comme médecin traitant pour un accidenté de la route et l'autre, qu'elle accepte des mandats comme évaluatrice pour la SAAQ, en autant qu'il n'y avait pas de chevauchement dans les dossiers.

L'article 69 du *Code de déontologie des médecins* prévoit par ailleurs la situation où un médecin expert ou évaluateur se verrait offrir le mandat de devenir le médecin traitant de personne qu'il a la charge d'évaluer à la demande d'un tiers¹⁰⁵. Le médecin pourra le faire, mais uniquement après autorisation expresse du tiers et après avoir mis fin au mandat. On confirme ici la position selon laquelle le médecin ne peut occuper qu'un seul rôle à la fois, soit celui de médecin évaluateur ou expert et celui de médecin traitant.

Étudions maintenant le traitement accordé par le *Code de déontologie des médecins* au médecin qui choisit de se traiter ou de traiter ses proches.

2. *L'autotraitement et le traitement des personnes avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de l'exercice professionnel*

L'une des meilleures illustrations de ce que constitue un conflit de rôles au sens du droit disciplinaire est l'article 70 du *Code de déontologie des médecins*. Il prévoit :

« **70.** Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute

¹⁰⁴ *Landry c S.B.*, [2006] DDOP 116, AZ-50432072, inf A c *Landry*, [2007] DDOP 271, AZ-50298569.

¹⁰⁵ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 69.

personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants. »¹⁰⁶

L'article met en évidence le fait qu'il y a incompatibilité entre le rôle de médecin et celui de membre de la famille ou de proche. Lorsque son conjoint ou son enfant nécessite des soins, le médecin peut avoir l'impression qu'il est la personne la mieux placée pour intervenir, justement en raison de l'importance de cette personne dans sa vie et de l'attention qu'il apporterait par conséquent aux soins¹⁰⁷. Or, la vérité est que l'intervention du médecin dans ce scénario compromet sérieusement l'objectivité clinique dont il doit faire preuve dans le cadre de sa profession et qui est la base de la relation médecin-patient¹⁰⁸. L'intérêt du patient doit guider en tout temps les actions du professionnel, ce qui n'est pas chose facile lorsque ce dernier est émotivement impliqué. Il pourrait par ailleurs privilégier ses propres intérêts sans s'en rendre compte. Ainsi, lorsque le médecin est émotivement impliqué dans la vie du patient, la qualité du traitement est nécessairement affectée. C'est pour cette raison que, dès 1847, le premier code d'éthique de l'Association médicale américaine recommandait aux médecins de ne pas traiter leur famille:

¹⁰⁶ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 70.

¹⁰⁷ Antonio Abbate, « Ethical Challenges in Treating Friends and Family » (2014) *New England Journal of Medicine* 2436, en ligne : < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1412844> >. Voir aussi Frederick M. Chen et al, « Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook », (2001) *Western Journal of Medicine*, 175 à la p 236, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071568/> >. Dans ce dernier article, les auteurs relatent avoir administré un sondage auprès des chefs de département des facultés de médecine familiale des États-Unis dont l'un ou l'autre des parents avaient été atteint d'un problème de santé sérieux ou d'une période de soins palliatifs. Ils concluent: « Certainly, in a profession that emphasizes detached objectivity and scientific inquiry, the illness of a family member engenders an emotional involvement that can cloud critical thinking and sound judgment. At the same time, deeply personal investment in the patient's well-being can motivate a degree of attention to detail and humanistic thoughtfulness that might otherwise be – sadly – lacking. This total commitment to the welfare of the patient has been undervalued in the formulation of ethical guidelines, whereas the assumption that such personalized care would be provided by the health care system has been overcredited ».

¹⁰⁸ Voir notamment *Médecins (Ordre professionnel des) c Herrera-Correra*, AZ-50959752 [Herrera-Correra], au para 59 : « La raison d'être de cette règle de prudence résulte du fait que le médecin qui se traite ou traite des proches risque de manquer d'objectivité, de jugement ou de créer une confusion des rôles. Il est donc recommandé, notamment, de laisser un confrère prescrire les médicaments requis par l'état de santé du membre de la famille. ». Voir aussi Collège des médecins, *Les ordonnances individuelles faites par un médecin*, guide d'exercice, octobre 2016, à la p 36, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf> > [Collège des médecins, « Les ordonnances individuelles »]. *Contra* : Kenneth D. Christman, « AMA Attacks Physicians Caring for Their Families » (2011) 16: 3 *Journal of American Physicians and Surgeons* 85, à la p 85, en ligne : < <http://www.jpands.org/vol16no3/christman.pdf> > [Christman].

« [T]he natural anxiety and solicitude which he experiences at the sickness of a wife, a child, or anyone who by ties of consanguinity is rendered peculiarly dear to him tend to obscure his judgment and produce timidity and irresolution in his practice. »¹⁰⁹

Ces recommandations sont toujours présentes dans la version actuelle de ce code¹¹⁰ et ont par ailleurs été introduites dans plusieurs codes de déontologie canadiens¹¹¹, dont celui du Québec.

Les dangers relatifs au traitement d'un membre de la famille immédiate du médecin sont divers. Tout d'abord, la littérature rapporte que le médecin, en raison du lien qui les unit, serait moins enclin à faire une anamnèse complète¹¹². Il pourrait faire des déductions qu'il ne ferait pas avec un patient ordinaire¹¹³ et tirer des conclusions hâtives basées sur ses relations personnelles antérieures avec la personne, notamment quant à son état de santé et sa médication¹¹⁴. Le patient pourrait par ailleurs ne pas divulguer toutes les informations pertinentes au médecin en raison d'une gêne ou d'un inconfort¹¹⁵, et ce dernier pourrait par ailleurs être mal à l'aise de demander certains renseignements. Pour les mêmes motifs, un médecin pourrait négliger certains aspects plus intimes de l'examen physique du patient en raison de la relation de proximité avec la personne nécessitant

¹⁰⁹ American Medical Association, *Code of Medical Ethics*, Chicago, American Medical Association Press, 1847.

¹¹⁰ American Medical Association, *Code of Medical Ethics*, Opinion 8.19, juin 1993, en ligne : < <http://journalofethics.ama-assn.org/2012/05/coet1-1205.html> > [American Medical Association, « Opinion 8.19 »].

¹¹¹ Voir, notamment, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Politique sur le traitement de soi-même, des membres de sa famille ou d'autres proches par un médecin*, 2017, en ligne : < <http://www.cpsso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/French-Translations/Politique-sur-le-traitement-de-soi-meme-des-membres-de-sa-famille-ou-dautres-proches-par-un-medecin.pdf?ext=.pdf> >.

¹¹² Ce fut le cas dans le dossier *Médecins (Ordre professionnel des) c Dumont*, AZ-50559906, où le conseil de discipline a noté que rien dans le dossier du patient ne témoigne d'une démarche clinique complète structurée qui inclurait un questionnaire, examen physique et mental, une investigation, un diagnostic, un diagnostic différentiel et un plan de traitement. Voir, à ce propos, Association canadienne de protection médicale, « Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? » (avril 2014), en ligne : < <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends> > [Association canadienne de protection médicale].

¹¹³ Caroline Krupa, « The Limits of Treating Loved Ones » (6 février 2012), en ligne (blogue): *American Medical News* < <http://www.themph.org/Resources/Articles/tabid/98/ArticleID/164/The-Limits-of-Treating-Loved-Ones.aspx> > [Krupa].

¹¹⁴ Kathy Oxtoby, « Doctors' self prescribing » (10 janvier 2012), en ligne (blogue): *The BMJ* < <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20006142> > [Oxtoby].

¹¹⁵ American Medical Association, « Opinion 8.19 », *supra* note 110. Katherine J. Gold et al, « No Appointment Necessary? Ethical Challenges in Treating Friends and Family », (2014) *New England Journal of Medicine* 1254, en ligne : < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1402963> > [Gold]. *Contra* : Christman, *supra* note 108, à la p 85.

des soins¹¹⁶. Dans un cas comme dans l'autre, le médecin n'a pas toute l'information pertinente pour prendre une décision éclairée, ce qui affecte négativement les soins.

Une certaine distance est nécessaire entre le patient et son médecin dans le cadre d'une relation thérapeutique saine, notamment afin d'assurer le consentement libre et éclairé du patient aux soins qui lui sont proposés¹¹⁷. Si cette distance n'est pas présente, comme c'est le cas lorsque le médecin décide d'intervenir afin de traiter un membre de sa famille ou un proche, le lien qui les unit peut avoir pour effet de nier ou d'affecter le droit à l'autonomie du patient¹¹⁸. Il pourrait y avoir des situations où le proche ne se sent pas à l'aise de questionner le plan de traitement proposé, de refuser les soins ou même de requérir les soins d'une autre personne dans le but de ne pas peiner ou offusquer le médecin¹¹⁹. Nous pouvons penser, par exemple, à un cas où un parent prendrait une décision relative aux soins de son enfant sans d'abord s'assurer de son consentement. Une telle situation peut constituer une atteinte au droit à l'autonomie si l'enfant est en âge de prendre une décision relativement à ses soins de santé mais que le médecin ne le consulte pas. Le patient pourrait également se sentir obligé d'être traité par son parent¹²⁰ ou même de déférer à l'opinion de ce dernier¹²¹.

La littérature signale également que le médecin appelé à traiter une personne de son entourage est plus susceptible de ne pas respecter les limites de son champ d'expertise, notamment en raison de la pression exercée par le proche ou par l'entourage¹²². Il est ainsi plus enclin à intervenir dans un domaine où il n'a pas les compétences médicales nécessaires. Il est d'ailleurs plus probable qu'il ne constitue pas de dossier pour ce proche ou qu'il ne documente pas ses interventions dans

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Code civil du Québec*, arts 10 et 11.

¹¹⁸ Gold, *supra* note 115.

¹¹⁹ American Medical Association, « Opinion 8.19 », *supra* note 110. Voir aussi Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112.

¹²⁰ Krupa, *supra* note 113.

¹²¹ Gold, *supra* note 115.

¹²² *Ibid.* Voir, à titre d'illustration, la décision *Médecins (Ordre professionnel des) c Déry*, AZ-51116692, où un médecin a été reconnu coupable d'être intervenu auprès d'une personne proche aux prises avec un problème de drogue en lui procurant ou lui injectant du Dilaudid, le tout, alors qu'il n'avait pas les compétences nécessaires pour le faire.

le dossier de ce dernier¹²³, ce qui rend la prise en charge des soins par une autre personne plus difficile par la suite.

La portée de la disposition relative au traitement des proches a changé au fil du temps. Le premier code de déontologie adopté par le Collège des médecins du Québec prévoyait que le médecin devait s'abstenir de traiter « son conjoint ou ses enfants »¹²⁴. Le code de déontologie adopté en 2002 a repris le principe de l'article, mais élargi l'application à « toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants »¹²⁵. Le Tribunal des professions est venu préciser l'application de la disposition dans l'affaire *Genest c Médecins (Ordre professionnel)*:

« L'article 70 du Code est impératif ; il impose un devoir au médecin. Il doit s'abstenir de traiter une personne avec qui il entretient des liens significatifs susceptibles de nuire à son jugement. Le mot « susceptible » évoque l'idée de « qui peut éventuellement ». La mention du conjoint et des enfants que précède l'adverbe notamment laisse raisonnablement croire que d'autres membres d'une même famille font partie de la catégorie des personnes visées. »¹²⁶

La jurisprudence a jusqu'à présent reconnu qu'outre le conjoint et les enfants, la mère¹²⁷, la sœur¹²⁸, et les personnes avec qui le médecin a eu des liens intimes, amoureux ou sexuels durant la relation thérapeutique¹²⁹ entraient également dans la liste des gens visés par l'article 70. Le Programme d'aide aux médecins du Québec recommande par ailleurs aux médecins de ne pas traiter leurs collègues :

¹²³ Gold, *supra* note 115. Voir aussi Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112. Voir, à titre d'illustration, la décision *Médecins (Ordre professionnel des) c Dompierre*, AZ-51119099 [Dompierre], où l'intimé faisait aussi face à trois chefs d'infraction d'avoir négligé de constituer, tenir et maintenir un dossier médical pour trois de ses proches qu'il avait traité durant de nombreuses années.

¹²⁴ *Code de déontologie des médecins*, D 816-80, (20 mars 1980) (1980) GOQ II 1877, art 2.03.52.

¹²⁵ *Code de déontologie des médecins*, D 1213-2002, (9 octobre 2002) (2002) GOQ II 7354, art 70 [*Code de déontologie des médecins (2002)*].

¹²⁶ *Genest c Médecins (Ordre professionnel des)*, 2008 QCTP 198 au para 183 [Genest], inf en partie par AZ-50386154, requête en révision judiciaire rejetée par 2009 QCCS 4295, requête pour permission d'appeler rejetée par 2009 QCCA 1682 et requête en révision de la décision du Tribunal rejetée par 2009 QCTP 127.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c Adle*, AZ-51249630, conf par 2018 QCTP 12, pourvoi en contrôle judiciaire à la CS, 500-17-102590-182 (22 mars 2018).

¹²⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c Carrier*, AZ-50999675 et *Herrera-Correra*, *supra* note 108. Voir aussi *Médecins (Ordre professionnel des) c Neault*, AZ-50153289 [Neault].

« Il est déconseillé de suivre un proche collègue de travail, ou un médecin avec lequel il existe un lien d'autorité ou un conflit d'intérêt potentiel; par exemple : un superviseur, un chef de service, un chef de département ou un collègue de votre propre clinique, surtout s'il devait un jour être question d'un arrêt de travail (et on ne peut jamais prévoir cette situation!). »¹³⁰

Nous pensons que cette recommandation est sage, surtout dans un contexte où la confidentialité des informations communiquées pourrait être compromise. Le Tribunal des professions est également intervenu dans le dossier *Genest* afin de préciser que l'article 70 ne souffrait d'aucune exception et que le médecin devait s'abstenir de traiter les personnes visées par la disposition, et ce, même s'il se sentait à l'aise de le faire¹³¹. L'argument de l'intimée à l'effet qu'elle était intervenue personnellement en raison des délais que sa mère aurait encourus dans sa région pour subir les opérations nécessaires avait été écarté dans ce dossier. Dans un autre dossier, le conseil de discipline a rejeté l'argument du médecin à l'effet qu'il avait prescrit des médicaments à ses proches puisque ces derniers refusaient de consulter un autre médecin¹³².

Le *Code de déontologie des médecins* reconnaît toutefois certaines exceptions à la règle interdisant à un médecin de traiter un proche. La première exception est l'urgence, c'est-à-dire une situation dans laquelle quelqu'un est très souffrant ou « risque de subir un préjudice grave si des soins médicaux ne lui sont pas prodigués rapidement »¹³³. Il va de soi que si la législation québécoise exige que toute personne porte secours à une autre dont la vie est en péril¹³⁴, le médecin peut lui aussi intervenir lorsqu'il s'agit d'une personne de son entourage. L'autre exception est celle d'un problème de santé mineur¹³⁵. Bien que le *Code de déontologie des médecins* ne définisse pas ce concept, l'Association canadienne de protection médicale définit le problème mineur comme « un cas qui ne présente aucune urgence ou gravité – il s'agit essentiellement de situations qui ne requièrent qu'un soin de routine à court terme et non de cas graves exigeant une expertise

¹³⁰ Programme d'aide aux médecins du Québec, *Guide pour les médecins traitant des médecins*, mai 2012, en ligne : http://fmoq.s3.amazonaws.com/formation/outils/guides-pratiques-lignes-directrices/Guide_medecins_FINALWEB_24%20MAI2012.pdf >.

¹³¹ *Genest*, *supra* note 126.

¹³² *Dompierre*, *supra* note 123.

¹³³ Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112.

¹³⁴ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12, art 2.

¹³⁵ *Oxtoby*, *supra* note 114.

médicale »¹³⁶. Entreraient dans cette catégorie le traitement d'une affection aiguë et bénigne comme une otite ou une amygdalite¹³⁷. Que ce soit en situation d'urgence ou en raison d'un problème de santé mineur, le médecin pourra intervenir, mais il devra confier la responsabilité du patient à un autre médecin dès que l'opportunité se présente.

L'article 70 du *Code de déontologie des médecins* interdit également à un médecin de se traiter lui-même, sauf s'il y a urgence ou s'il s'agit d'une condition mineure banale. Il est évident que le professionnel de la santé ne détient pas le désintéressement nécessaire à l'exercice d'un bon jugement clinique lorsqu'il est son propre patient¹³⁸. Le médecin qui se soigne lui-même risque « d'escamoter une investigation et de passer à côté d'un diagnostic important et du suivi médicalement requis »¹³⁹. La littérature mentionne également que l'autotraitement peut mener au développement d'une pharmacodépendance en raison de l'accès facile à la médication et au niveau de stress important vécu par les médecins en général¹⁴⁰. C'est pour ces raisons que toutes les formes d'autotraitement sont interdites par le code de déontologie, notamment l'ordonnance rédigée par un médecin pour son bénéfice et l'obtention de la médication d'un pharmacien¹⁴¹, l'utilisation d'échantillons donnés par des compagnies pharmaceutiques à des fins personnelles¹⁴² ou même la rédaction d'une ordonnance par un collègue en l'absence d'une consultation formelle¹⁴³. Peu importe les motivations invoquées par les médecins pour y avoir recours¹⁴⁴, la disposition du code

¹³⁶ Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112.

¹³⁷ Collège des médecins, « Les ordonnances individuelles », *supra* note 108, à la p 36.

¹³⁸ Suzanne Richer, « Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? NON » (2009) 55 Canadian Family Physician 784, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726088/> > [Richer, « Le médecin de famille »]; Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112.

¹³⁹ Richer, « Le médecin de famille », *supra* note 138. Voir, à titre d'illustration, *Médecins (Ordre professionnel des) c Baril*, [1995] DDOP 63, désistement d'appel à AZ-50009758, affaire dans laquelle le médecin s'était prescrit du Lithium sur une période d'environ dix-neuf ans pour ses troubles bipolaires.

¹⁴⁰ Association canadienne de protection médicale, *supra* note 112. Voir aussi Richer, « Le médecin de famille », *supra* note 138.

¹⁴¹ Voir, à titre d'exemple, *Comité – Médecins — 5*, [1986] DDCP 98, AZ-86041120.

¹⁴² Voir, à titre d'exemple, la décision *Neault*, *supra* note 129. Dans ce dossier, le médecin s'était servi dans les échantillons donnés par les compagnies pharmaceutiques et en avait aussi donné à sa conjointe, qui était une patiente avec qui il avait développé des liens dans le cadre de sa pratique professionnelle.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ Une étude menée auprès des médecins de Laval a en effet révélé que ceux qui se traitaient eux-mêmes le faisaient pour de multiples raisons : « Les obstacles les plus souvent mentionnés sont le manque de temps, la peur de déranger un collègue pour un problème bénin, l'inconfort ressenti dans le rôle du patient, la crainte d'un bris de confidentialité, l'impact du diagnostic sur la carrière, la difficulté à trouver un médecin qui ne soit pas un collègue et, enfin, le déni des besoins de santé primaires ». Voir Chantal Legault, « Un doc pour le doc »

est impérative et seules les exceptions de l'urgence et du problème de santé mineur peuvent être invoquées.

Voyons maintenant le traitement réservé à l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* par le conseil de discipline du Collège des médecins.

3. *La recherche d'avantages financiers par l'ordonnances d'appareils, d'examens ou de médicaments, octroi d'avantage ou de commission, ou acceptation de commission ou de ristourne*

L'article 73 du *Code de déontologie des médecins* offre au public une garantie à l'effet que le médecin qu'il consulte pour un problème de santé lui donnera des conseils indépendamment de toute influence financière. Il prévoit :

« 73. Le médecin doit s'abstenir:

- 1° de rechercher ou d'obtenir un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments, à l'exception de ses honoraires, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe;
- 2° d'accorder, dans l'exercice de sa profession, tout avantage, commission ou ristourne à quelque personne que ce soit;
- 3° d'accepter, à titre de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou avantage matériel à l'exception des remerciements d'usage et des cadeaux de valeur modeste.

Malgré le paragraphe 1, le médecin peut retirer un profit de la vente ou de la commercialisation d'un appareil ou d'un examen qu'il prescrit et qu'il a développé ou pour lequel il a participé au développement, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe, auquel cas, il en informe son patient. »¹⁴⁵

S'agissant d'un article important du *Code de déontologie des médecins*, il y a lieu de l'analyser section par section.

a. *La recherche ou l'obtention d'un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments*

(2 juillet 2014), en ligne (blogue) : *Santé inc.* < <http://santeinc.com/2014/07/un-doc-pour-le-doc/> >.

¹⁴⁵ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 73.

Un médecin ne peut recevoir un avantage financier autre que ses honoraires lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments, et ce, que ce soit directement ou indirectement¹⁴⁶. L'article 73 alinéa 2 du *Code de déontologie des médecins* énonce toutefois une exception à ce principe, c'est-à-dire si le médecin a participé au développement de l'appareil, de l'examen ou du médicament qu'il recommande à ce patient¹⁴⁷. Dans ce cas, il pourra retirer un profit de la vente, à la condition qu'il informe son patient de ses intérêts dans l'entreprise qui les commercialise¹⁴⁸.

Le paiement de ristournes par des médecins spécialistes, des laboratoires ou des fournisseurs de services médicaux en échange de références de patients soulève énormément de questions relativement à l'indépendance du médecin. Tout d'abord, lorsque de telles ristournes sont versées, elles empêchent le médecin d'offrir un avis neutre au patient relativement à la nécessité pour lui de recourir à un service. Il est de plus difficile pour lui de recommander le fournisseur de service ou le professionnel qui convient le mieux à sa situation¹⁴⁹. Car même si le médecin pense pouvoir conserver son objectivité, il existe néanmoins un doute à l'effet qu'il ne référerait pas son patient vers un service en raison du gain qu'il souhaite recevoir. On peut penser, à titre d'illustration, qu'un médecin ne peut recevoir de ristournes de la part du pharmacien adjacent à sa bureau de consultation pour le nombre d'ordonnances qu'il exécute en provenance de son bureau. Le Collège des médecins mentionne en effet à ce propos qu'« il est contraire au Code de déontologie des médecins d'exiger, par exemple, une commission ou une ristourne en lien avec l'émission d'une ordonnance individuelle, et ce, dans tous les domaines de la médecine »¹⁵⁰. Le loyer d'un médecin exerçant au sein d'une clinique ou sa participation aux frais de gestion ne peut non plus être lié au nombre de patients qu'il dirige vers d'autres services de la clinique¹⁵¹. Un médecin exerçant en

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ Mentionnons toutefois que l'article 39 alinéa 2 de la *Loi médicale*, RLRQ c M-9, interdit aux médecins d'avoir un intérêt dans une entreprise de fabrication ou de vente de prothèses.

¹⁴⁹ Marc A. Rodwin, *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*, New York, Oxford University Press, 1993, à la p 152 [Rodwin]. Voir aussi Davis, *supra* note 81, à la p 286.

¹⁵⁰ Collège des médecins, *La médecine esthétique*, guide d'exercice, mai 2018, à la p 55, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-05-17-fr-medecine-esthetique-guide.pdf?t=1532131200024> > [Collège des médecins, « La médecine esthétique »].

¹⁵¹ *Ibid* à la p 28.

médecine esthétique ne peut quant à lui voir sa rémunération déterminée en fonction du nombre d'injections administrées¹⁵².

Un médecin actionnaire d'une clinique médicale offrant un service de prélèvement pour les analyses de laboratoires peut, s'il respecte autrement les conditions de l'article 77 du *Code de déontologie des médecins*, référer les patients vers ses services. Toutefois, en raison de son association avec le laboratoire, il ne pourra pas tirer de bénéfice financier de cette association. Comme l'indique le Collège des médecins :

« [L]es frais qui sont demandés pour les analyses de laboratoire prescrites aux patients devront correspondre au coût réel du service, notamment les frais demandés par le laboratoire où les analyses sont effectuées, les frais pour les fournitures requises et pour le personnel qui procèdera au prélèvement, le coût de l'utilisation des locaux et les frais de transport, lorsqu'applicables. »¹⁵³

En empêchant le médecin de retirer un intérêt financier de son association avec un laboratoire, le Collège des médecins s'assure ainsi que l'intérêt premier du médecin sera celui du patient. Ce faisant, cela limite par ailleurs les risques que le médecin fasse des réquisitions pour des services qui pourraient ne pas être médicalement nécessaires¹⁵⁴.

Si le médecin ne peut pas obtenir d'avantage, de commission ou de ristourne dans l'exercice de sa profession, il ne peut pas non plus en octroyer à un autre professionnel de la santé ou à un fournisseur.

b. L'octroi d'un avantage, commission ou ristourne

Le médecin ne peut octroyer un avantage, une commission ou une ristourne à quelque personne que ce soit dans le cadre de sa pratique. L'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c Hum*¹⁵⁵ est la seule opportunité qu'a eu le conseil de discipline du Collège des médecins de se

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ Collège des médecins, *Indépendance professionnelle et frais réclamés au patient*, mars 2015, mis à jour en janvier 2017, à la p 3, en ligne : < <http://www.cmq.org/pdf/divers/code-independance-frais-reclames.pdf> > [Collège des médecins, « Indépendance professionnelle »].

¹⁵⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, arts 5 et 50.

¹⁵⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c Hum*, AZ-51465597.

prononcer sur l'application de ce paragraphe. Dans cette affaire, l'intimé avait versé près de 36 000\$ à trois collègues médecins qui lui avaient référé des centaines de patientes pour qu'il procède à des échographies. Les médecins récipiendaires n'avaient pas l'équipement requis à leurs cliniques pour procéder eux-mêmes à ces échographies. Le conseil de discipline a conclu que l'intimé savait ou devait savoir que le versement de sommes ou d'avantages à des collègues mettait directement en cause son intégrité et son indépendance professionnelle. Ne l'ayant pas fait, il a été condamné au paiement d'une amende de 25 000\$.

Le Collège des médecins a récemment mis en garde ses membres relativement au « marketing d'influence », c'est-à-dire les techniques qui vont s'appuyer sur un ou plusieurs leaders pour réaliser la promotion d'un site, d'un produit ou d'un service¹⁵⁶. Informé que « des médecins auraient offert à des influenceurs des soins médicaux esthétiques gratuits, notamment des chirurgies plastiques et des injections de toxine botulique, en échange de visibilité sur le Web »¹⁵⁷, le Collège a tenu à rappeler aux médecins que « le fait d'offrir des soins médicaux gratuitement à ces influenceurs en échange d'une visibilité est un avantage qui est proscrit, et ce, dans tous les domaines de la médecine »¹⁵⁸. Cette pratique pourrait par ailleurs contrevenir aux articles du *Code de déontologie des médecins* relatifs à la publicité¹⁵⁹.

Intéressons-nous maintenant à la question des commissions, des ristournes et des avantages matériels versés au médecin.

c. L'obtention d'une commission, d'une ristourne ou d'un avantage matériel

L'article 73 alinéa 1 paragraphe 3 du *Code des déontologie des médecins* prévoit que le médecin ne peut obtenir de commission, de ristourne ou d'avantage matériel. Cet article a subi de

¹⁵⁶ Gabriel Dabi-Schwebel, « Marketing d'influence : définition » (6 décembre 2015), en ligne (blogue) : *1min30* < <https://www.1min30.com/dictionnaire-du-web/marketing-dinfluence> >.

¹⁵⁷ *Code de déontologie des médecins*, RRQ 1981, c M-9, r 4, art 2.03.43 [*Code de déontologie des médecins (1981)*].

¹⁵⁸ Collège des médecins, « Gare au marketing d'influence! », communiqué, 9 novembre 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/gare-marketing-influence.aspx> >.

¹⁵⁹ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, arts 88 et s.

nombreuses modifications au fil du temps, raison pour laquelle il y a lieu de s'y attarder afin de comprendre sa portée.

Jusqu'en 2002, le *Code de déontologie des médecins* prévoyait, à son article 2.03.43 (ancêtre de l'article 73 alinéa 1 paragraphe 3), que le médecin devait « s'abstenir d'accepter, dans l'exercice de sa profession, toute commission, ristourne ou avantage matériel injustifié »¹⁶⁰. Deux décisions du conseil de discipline ont été rendues sur la base de cet article. Tout d'abord, dans *Médecins (Corporation professionnelle des) c Vachon*¹⁶¹, le Collège des médecins a imposé une réprimande et une amende de 4 000\$ à un médecin qui avait signé une entente de vente d'échantillons de médicaments avec un pharmacien alors que le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec s'étaient conjointement prononcés contre ce type de commerce. Dans l'affaire *Tadros*¹⁶², l'intimé, qui était chirurgien orthopédiste, avait mis sur pied une fondation et ouvert un compte de banque¹⁶³ afin de recevoir des ristournes de la compagnie Johnson & Johnson. Les ristournes, qui étaient versées en fonction du volume de prothèses de hanche et de genou achetées par l'hôpital, totalisaient une somme de 312 332\$ sur une période de plus de six ans. L'intimé, qui était le seul signataire du compte de banque, avait utilisé une grande partie des fonds pour son usage personnel, mais en avait aussi fait bénéficier ses collègues de travail par le biais de sommes servant à payer leur participation à des congrès et du matériel électronique pour leur usage personnel. Le conseil de discipline a reconnu l'orthopédiste coupable des chefs d'infraction relatifs à l'acceptation de ristournes¹⁶⁴. En appel, l'intimé alléguait que le conseil de discipline avait erré en le reconnaissant coupable puisqu'il ne s'était pas posé la question de savoir si la ristourne était injustifiée comme le requérait l'article. Le Tribunal des professions en est venu à la conclusion que le conseil de discipline n'avait pas commis d'erreur en recourant à la notion de « ristourne » et non à celle de « ristourne

¹⁶⁰ *Code de déontologie des médecins (1981)*, supra note 157.

¹⁶¹ *Médecins (Corp. professionnelle des) c Vachon* (26 octobre 1999), 24-98-00462 (Conseil de discipline du Collège des médecins).

¹⁶² *Médecins (Ordre professionnel des) c Tadros*, AZ-50577921, conf sur la culpabilité et inf en partie sur la sanction par 2012 QCTP 69, AZ-50857611.

¹⁶³ Le conseil de discipline du Collège des médecins et le Tribunal des professions notent, dans leur décision respective, que la fondation n'avait aucune existence légale et qu'elle n'existait que par l'ouverture du compte de banque à son nom.

¹⁶⁴ Il est intéressant de noter que seul le D^r Tadros a fait l'objet d'une plainte disciplinaire relativement à l'acceptation de ces ristournes. En effet, aucun des collègues de travail de ce dernier ayant bénéficié de montants d'argent provenant des ristournes n'a, à ce jour, fait l'objet d'une plainte devant le conseil de discipline du Collège des médecins.

injustifiée ». Il a ainsi rejeté l'argument du médecin et confirmé la déclaration de culpabilité prononcée par le conseil de discipline.

L'indépendance des médecins a fait couler beaucoup d'encre en 2004¹⁶⁵, alors qu'il a été mis au jour que les loyers préférentiels offerts par des pharmaciens propriétaires en faveur de médecins étaient une pratique répandue au Québec¹⁶⁶. Cette pratique soulevait des questions eu égard à l'apparence de compérage entre ces professionnels de la santé, notamment quant à la possibilité que le rabais accordé sur la location ait pour but d'encourager le médecin à suggérer à sa clientèle de faire exécuter leur ordonnance à la pharmacie adjacente à son bureau de consultation. Le loyer à rabais pouvait par ailleurs avoir pour but de profiter de la proximité du bureau du médecin pour bénéficier de l'achalandage de la clinique.

Le 3 novembre 2004, le ministre responsable de l'application des lois professionnelles a demandé à l'Office des professions d'examiner l'ensemble des relations commerciales entre les médecins et les pharmaciens, plus particulièrement la question des loyers à rabais¹⁶⁷. L'Office des professions s'est ainsi positionné sur la question de savoir si un médecin risque de se placer en situations de conflits d'intérêts s'il accepte un loyer gratuit ou à rabais provenant d'un pharmacien¹⁶⁸. L'Office a conclu que l'octroi d'un loyer gratuit ou à rabais consenti à un médecin constituait une ristourne ou un avantage en vertu de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* au motif que cela « le place dans une situation où il pouvait être porté à préférer un intérêt autre que celui de son patient, ou encore, où son jugement et sa loyauté envers celui-ci pourraient être défavorablement affectés en contrepartie des avantages consentis »¹⁶⁹. L'article 73 du *Code de déontologie des médecins* prévoyait à l'époque que le médecin devait s'abstenir « d'accepter, à titre

¹⁶⁵ Voir, à titre d'exemples, La Presse, « Médecins courtisés par les chaînes de pharmacie – Le Ministère s'en remet au Collège des médecins », 12 septembre 2004, p A-5; Radio-Canada, « Les médecins courtisés par les pharmacies », 20 septembre 2004, en ligne : < <http://ici.radio-canada.ca/radio/maisonneuve/20092004/39778.shtml> >.

¹⁶⁶ Québec, Office des professions, *Avis de l'Office des professions du Québec sur la déontologie et l'exercice en société en regard des pratiques commerciales entre les médecins et les pharmaciens*, avril 2005, à la p 5, en ligne : < https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Avis/AVIS-OFFICE-MEDECINS-PHAR_2005.pdf >).

¹⁶⁷ *Ibid* à la p 4.

¹⁶⁸ *Ibid* à la p 18.

¹⁶⁹ *Ibid* à la p 19.

de médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou avantage matériel mettant en péril son indépendance professionnelle »¹⁷⁰. Le médecin avait donc le pouvoir d'accepter un loyer à rabais (même s'il s'agissait d'un conflit d'intérêts apparent) s'il était convaincu que, ce faisant, son indépendance professionnelle n'était pas mise en péril. Le fait que le *Code de déontologie des médecins* laissait le soin au professionnel de juger de la situation en fonction de ses valeurs était par ailleurs problématique puisque, comme le souligne l'Office, « on ne peut certainement pas considérer une valeur comme étant une norme, laquelle, par définition, doit être objective et de portée générale »¹⁷¹. Le médecin pouvait par ailleurs être influencé à son insu, malgré sa volonté de ne pas mettre son indépendance professionnelle en péril¹⁷². L'Office des professions concluait son avis en recommandant notamment au Collège des médecins d'apporter des modifications à l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* pour ne permettre que les remerciements d'usage. Après avoir indiqué qu'il ne partageait pas les conclusions de l'Office à l'effet que l'indépendance des médecins ait été menacée par leurs relations commerciales avec les pharmaciens¹⁷³, le Collège des médecins a finalement ajouté un article à son code de déontologie en 2008. L'article 73.1 du *Code de déontologie des médecins* prévoit :

« **73.1.** Constitue notamment un avantage matériel visé au paragraphe 3 de l'article 73 la jouissance d'un immeuble ou d'un espace à titre gratuit ou à rabais pour l'exercice de la profession médicale, consentie à un médecin ou à une société dont il est associé ou actionnaire par :

- 1° un pharmacien ou une société dont il est associé ou actionnaire ;
- 2° une personne dont les activités sont liées, directement ou indirectement, à l'exercice de la pharmacie;
- 3° une autre personne dans un contexte pouvant comporter une situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Le caractère juste et raisonnable d'un loyer s'apprécie notamment en fonction des conditions socioéconomiques locales, au moment où il est fixé. »¹⁷⁴

¹⁷⁰ *Code de déontologie des médecins (2002)*, *supra* note 125, art 73.

¹⁷¹ *Ibid* à la p 20.

¹⁷² *Ibid* à la p 21.

¹⁷³ Collège des médecins, communiqué, « Relations commerciales avec des médecins : Le Collège des médecins ne partage pas la vision de l'Office des professions », 17 octobre 2005.

¹⁷⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 73.1.

Cet article visait à corriger le problème soulevé eu égard aux baux consentis à rabais par des pharmaciens, mais également par toute autre personne avec qui une relation pourrait constituer un conflit d'intérêts pour le médecin, comme un fournisseur de biens, appareils, services ou équipements ayant un intérêt pour la santé.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 73.1 du *Code de déontologie des médecins*, il est donc clair que le prix des baux conclus par les médecins ne peut plus être déterminé par le volume d'affaires référé par le médecin ni être établi autrement qu'en fonction de la valeur marchande du local¹⁷⁵. Le Collège des médecins recommande à ses membres de s'assurer que le prix de la location est « en lien avec les conditions socioéconomiques de la région et avec la nature et l'intensité des services qu'il fournit »¹⁷⁶. Le calcul du loyer peut ainsi être basé sur un tarif horaire, une surface d'utilisation ou un pourcentage des honoraires facturés par le médecin¹⁷⁷.

L'article 72 du *Code de déontologie des médecins* a été modifié en 2015 afin d'obliger les médecins à consigner leur bail par écrit, à ajouter une déclaration dans le contrat de location attestant que les obligations qui en découlent respectent le *Code de déontologie des médecins* et à s'assurer qu'il comporte une clause autorisant la communication du bail au Collège des médecins sur demande¹⁷⁸. Le Collège des médecins a conséquemment modifié ses pratiques et entamé en 2014 l'étude des ententes de location conclues par ses membres¹⁷⁹. Les membres dont l'entente ne respecte pas les dispositions du *Code de déontologie des médecins* ont reçu des avis de non-conformité et ont été invités à corriger la situation.

Une décision a été rendue par le conseil de discipline du Collège des médecins relativement à la conclusion d'un bail. Dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Turmel*¹⁸⁰, l'intimé avait admis

¹⁷⁵ Collège des médecins, *Points de réflexion à l'usage des médecins avant la signature d'un bail*, mars 2008, révisé en octobre 2015, en ligne : < <http://www.cmq.org/pdf/divers/reflexions-bail.pdf?t=1534787731857> >.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 72.

¹⁷⁹ Le Collège des médecins indique dans son rapport annuel 2016-2017 avoir analysé un échantillonnage de 200 baux (voir Collège des médecins, *Rapport annuel 2016-2017*, juin 2017, à la p 21, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-4-2017-06-07-fr-rapport-annuel-2016-2017.pdf> >).

¹⁸⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c Turmel*, AZ-50653919.

avoir pratiqué sa profession dans un local adjacent à une pharmacie à la suite d'une entente de location conclue avec un pharmacien. L'entente prévoyait notamment que l'intimé ne paierait pas de loyer pour trois ans et qu'il recevrait une somme de 15 000\$ à chaque renouvellement annuel du bail. Le pharmacien lui versait par ailleurs 25 000\$ pour qu'il quitte la clinique où il travaillait et il prenait à sa charge les frais relatifs au temps restant sur son ancien bail. Le conseil de discipline a conclu que le médecin avait manqué à son obligation de sauvegarder son indépendance professionnelle, malgré le fait que la conclusion de ce type d'ententes était une pratique répandue. Le conseil de discipline indiquait, dans sa décision :

« [L]e Conseil est d'opinion que dans son rôle de prescripteur, le médecin a l'obligation de préserver la relation de confiance patient-médecin qui ne doit aucunement être altérée par des transactions commerciales qui pourraient laisser croire au patient que son médecin lui prescrit un médicament pour satisfaire à des engagements contractés auprès d'un pharmacien qui lui procure des avantages très lucratifs pour qu'il pratique à proximité de son commerce. »¹⁸¹

Pour ces motifs, le conseil de discipline lui a imposé une réprimande, de même qu'une amende de 10 000\$.

Deux médecins ont poursuivi le Collège des médecins en responsabilité civile pour son inaction à l'égard des avantages consentis aux médecins par des pharmaciens en leur louant des locaux à des prix inférieurs à ceux du marché¹⁸². Les deux médecins alléguaient qu'en raison de l'inaction du Collège, ils avaient perdu les médecins qui exerçaient dans leurs cliniques au profit de cliniques médicales financées par des pharmaciens. La Cour d'appel a conclu que vu l'absence de demande d'enquête au bureau du syndic à ce sujet, le Collège des médecins n'avait pas fait preuve d'insouciance grave ou d'incurie ni même de mauvaise foi dans ce dossier. Pour ce motif, l'action avait été rejetée.

Une analyse de la jurisprudence nous permet de voir que, jusqu'à présent, l'article 73 alinéa 1 paragraphe 3 du *Code de déontologie des médecins* a davantage trouvé écho en matière de médecine esthétique, alors que des médecins ont cherché à obtenir des ristournes en contrepartie

¹⁸¹ *Ibid* au para 53.

¹⁸² *Poulin c Collège des médecins du Québec*, 2011 QCCS 813, [2011] RJQ 743, conf par 2013 QCCA 187, [2013] RJQ 279, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 35289 (13 juin 2013).

de la rédaction d'ordonnances collectives. Comme le souligne le groupe de travail sur la médecine esthétique du Collège des médecins, le recours à l'ordonnance collective dans ce domaine semble avoir connu des dérives¹⁸³. En raison de l'attrait financier des pratiques dans ce domaine, le groupe de travail a notamment remarqué que des médecins n'exerçant pas dans le domaine de l'esthétique ou exerçant dans une spécialité n'ayant aucun lien avec la médecine esthétique s'étaient mis à rédiger des ordonnances collectives, que certaines ordonnances collectives étaient rédigées par des compagnies pharmaceutiques, puis endossées par un médecin, et qu'il y avait généralement peu ou pas de lien entre l'infirmière qui procède au traitement et le médecin signataire de l'ordonnance collective¹⁸⁴. C'est la raison pour laquelle le groupe de travail recommandait au conseil d'administration du Collège des médecins « que les médecins ne soient plus autorisés à délivrer une ordonnance collective ayant pour objet la réalisation d'injections à des fins esthétiques ou à permettre l'exécution d'une telle ordonnance collective ayant été délivrée préalablement »¹⁸⁵. Dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Bergeron*¹⁸⁶, par exemple, l'intimée a plaidé coupable à un chef d'avoir accepté, alors qu'elle était médecin, une commission, une ristourne ou un avantage matériel de la société Derma Sculpture. Elle recevait une commission pour chaque cliente qui se présentait chez Derma Sculpture afin de faire exécuter une ordonnance collective qu'elle avait rédigée. Sur ce chef, le conseil de discipline lui a imposé une radiation temporaire de trois mois et une amende de 1 500\$. Deux autres médecins ont également été reconnus coupables d'une infraction similaire dans les dossiers *Médecins (Ordre professionnel des) c Frenette*¹⁸⁷ et *Médecins (Ordre professionnel des) c Coderre-Perras*¹⁸⁸. Dans la même lignée, dans l'affaire *Médecins (Ordre professionnel des) c Bernier*¹⁸⁹, le médecin avait quant à lui accepté une commission, une ristourne ou un avantage matériel calculé selon le prix des produits médico-esthétiques achetés par des infirmières qui exécutaient une ordonnance collective qu'il avait signée. Le conseil de discipline avait alors conclu que la conduite de l'intimé portait ombrage à la profession de médecin et qu'il y avait eu atteinte au

¹⁸³ Collège des médecins, *La médecine esthétique*, rapport du groupe de travail sur la médecine esthétique, adopté par le conseil d'administration le 10 juin 2016, à la p 30, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-09-21-fr-la-medecine-esthetique.pdf> >.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid* à la p 31.

¹⁸⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c Bergeron*, AZ-51402365 [Bergeron].

¹⁸⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c Frenette*, AZ-51409519 [Frenette].

¹⁸⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c Coderre-Perras*, AZ-51500990 [Coderre-Perras].

¹⁸⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c Bernier*, AZ-51456549.

lien de confiance entre médecin et patient. On retient donc de la jurisprudence rendue en la matière que les ordonnances collectives sont permises, mais que les médecins qui les émettent ne doivent pas retirer d'avantage quelconque de leur utilisation.

Un médecin a également été reconnu coupable d'avoir revendu des doses de Lucentis à un pharmacien alors que le coût du médicament avait déjà été payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec¹⁹⁰. En utilisant une technique de fractionnement, l'intimé s'était constitué des réserves et les avait utilisées pour acheter de l'équipement pour sa clinique et pour faire un don à la Fondation de la rétine du Canada. La Cour supérieure avait jugé que ce comportement constituait la réception d'un avantage prohibé au sens de l'alinéa 1 paragraphe 3 de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins*¹⁹¹.

L'alinéa 1 paragraphe 3 de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* permet néanmoins la réception, par le médecin, de cadeaux de valeur modeste et de remerciements d'usage. Alors que certains sont d'opinion que les médecins ne devraient jamais accepter de cadeaux de la part de leurs patients de peur de franchir la ligne de ce qui est éthiquement acceptable, d'autres sont plutôt d'avis que la réception de cadeaux de la part de patients est culturellement acceptable et peut même être bénéfique pour renforcer la confiance entre le médecin et le patient¹⁹². Le Collège des médecins a choisi de permettre l'acceptation de cadeaux de valeur modeste. Il reste que, le cas échéant, il revient au médecin de décider au cas par cas si oui ou non il est opportun de recevoir un cadeau. Si le médecin sait que la motivation du patient est d'obtenir un traitement préférentiel, il nous semble qu'il devrait refuser le cadeau, et ce, peu importe sa valeur¹⁹³. L'identité du donateur et le contexte dans lequel il est en relation avec le médecin pourront également être pertinents, alors que les dons venant de patients vulnérables pourraient ne pas être

¹⁹⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c Chen*, inf en partie avec dissidence quant au dossier n° 500-07-000850-143 et appel rejeté quant au dossier n° 500-07-000843-148 par 2015 QCTP 83, AZ-51222329, pourvoi en contrôle judiciaire accueilli en partie par 2017 QCCS 3785, AZ-51419082, requête pour permission d'appeler accueillie par 2017 QCCA 1571, AZ-51433169 [Chen].

¹⁹¹ La Cour supérieure indique également, dans sa décision, que la revente des médicaments au pharmacien à un prix inférieur à celui du marché pourrait également constituer une infraction à l'alinéa 1 paragraphe 2 de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* (Chen, *supra* note 190, décision de la CS au para 284).

¹⁹² Andrew Caddell, « Accepter des cadeaux de patients » (2013) 59:12 Canadian Family Physician 523, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860939/> >.

¹⁹³ *Ibid.*

appropriés, surtout s'il est de la connaissance du médecin qu'il s'agit d'un cadeau qui est au-delà des moyens financiers de ce dernier¹⁹⁴. Il nous semble que des cadeaux en argent devraient généralement être refusés, alors qu'un tiers raisonnable pourrait croire qu'il s'agit d'un pot-de-vin ou d'un pourboire visant à changer la dynamique de la relation patient-médecin. Les cadeaux de valeur modeste mais ayant un caractère intime devraient également être refusés afin de ne pas dépasser les limites du professionnalisme¹⁹⁵.

Les cadeaux reçus de la part de compagnies pharmaceutiques sont également visés par l'alinéa 1 paragraphe 3 de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins*. Les tentatives de ces compagnies afin d'influencer les habitudes de prescription des médecins sont connues et il a été démontré que les médecins se considéraient généralement aptes à conserver leur objectivité à la suite de la réception d'un cadeau, alors que les études démontrent le contraire¹⁹⁶. Il y a donc possibilité de perte d'indépendance et d'objectivité, alors que le médecin a, consciemment ou non, tendance à vouloir remercier une compagnie pharmaceutique ayant fait preuve de générosité à son égard en prescrivant son produit plutôt qu'un autre¹⁹⁷. L'Association médicale canadienne recommande aux médecins de rédiger leur ordonnance en fonction de leur jugement clinique, et non en fonction de la disponibilité d'échantillons d'un médicament en particulier qui pourraient leur avoir été donné par un représentant pharmaceutique¹⁹⁸. La distribution de ces échantillons ne doit par ailleurs pas bénéficier financièrement aux médecins¹⁹⁹.

À ce jour, peu d'indications ont été données dans les publications du Collège des médecins sur la façon d'interpréter cet article. Le Tribunal des professions a eu l'opportunité de se prononcer

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶ Michael A. Steinman et al, « Of Principles and Pens : Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions » (mai 2001) *American Journal of Medicine* 551; Ashley Wazana, « Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? » (19 janvier 2000) *Journal of the American Medical Association* 283:3 373.

¹⁹⁷ Joel Lexchin, *Doctors in Denial : Why Big Pharma and the Canadian Medical Profession Are Too Close for Comfort*, Toronto, James Lorimer & Company Ltd, 2017, à la p 23 [Lexchin].

¹⁹⁸ Association médicale canadienne, « Les interactions avec l'industrie pharmaceutique : lignes directrices pour les médecins », 2007, en ligne : < <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/cma-policy-guidelines-for-physicians-in-interactions-with-industry-pd08-01-f.pdf> >.

¹⁹⁹ *Ibid.*

à une seule reprise sur le caractère raisonnable d'une somme d'argent obtenue de la part d'un client²⁰⁰. Dans cette affaire, le Tribunal a conclu que le fait pour un cardiologue d'avoir accepté une somme de 5 000\$ d'un client pour des services qui étaient assurés ne constituait pas un cadeau de valeur modeste. Le conseil de discipline avait par ailleurs conclu que par sa conduite, l'intimé avait contribué à entretenir la rumeur qu'un citoyen peut bénéficier de soins médicaux plus rapidement en payant un médecin, ce que l'article 73 vise justement à éviter.

Notons également que les articles 275 et 276 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoient que le médecin exerçant en établissement ne peut recevoir d'un patient une donation ou un legs, et ce, peu importe la valeur. L'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit quant à lui qu'un médecin ne peut recevoir autre chose que la rémunération prévue par entente pour des services assurés²⁰¹. À ce sujet, dans l'affaire *Médecins (Corporation professionnelle des) c Mailloux*²⁰², l'intimé avait plaidé coupable à une infraction d'avoir accepté des honoraires d'environ 300\$ l'heure pour des consultations alors qu'il était inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec et que les services dispensés à la patiente étaient couverts par la RAMQ. Le conseil de discipline a imposé une amende de 3 000\$ au professionnel sur ce chef.

Étudions maintenant la disposition du *Code de déontologie des médecins* relative à la sollicitation de clientèle.

4. La sollicitation de clientèle

L'un des premiers enjeux que les ordres professionnels ont voulu adresser dans le cadre de l'adoption de leur premier code de déontologie est le mercantilisme. Ces derniers ont en effet cherché à interdire tout processus ou méthode donnant un caractère de lucre et de commercialité

²⁰⁰ *Médecins (Ordre professionnel des) c Pasternac*, AZ-50999676, conf sur la culpabilité et inf sur la sanction par 2015 QCTP 11, AZ-51147193. Voir aussi *Médecins (Ordre professionnel des) c Eisenberg*, AZ-50897757, et *Médecins (Ordre professionnel des) c Martin*, AZ-51410008.

²⁰¹ *Loi sur l'assurance-maladie*, RLRQ c A-29, art 22.

²⁰² *Médecins (Ordre professionnel des) c Mailloux*, AZ-50583457, conf avec dissidence par 2013 QCTP 43, AZ-50963151, requête en révision judiciaire rejetée par 2014 QCCS 1594, AZ-51066372, appel accueilli en partie et requête en arrêt des procédures rejetée par 2016 QCCA 62, AZ-51248020, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 36951 (23 juin 2016).

à leur profession. L'Institut supérieur des sciences humaines de l'Université Laval indiquait à ce propos, en 1977 :

« Une longue tradition veut que les professionnels, surtout ceux qui appartiennent aux groupes les plus rémunérés, évitent d'apparaître comme des gens qui se livrent à des activités mercantiles. C'est là l'une des raisons qui expliquent l'existence des normes visant à réglementer la publicité et l'affichage. On veut montrer que le vrai professionnel ne se livre pas à la sollicitation. Il doit se contenter d'informer discrètement le public de sa disponibilité et ne doit pas donner l'impression d'être animé par l'instinct de lucre. »²⁰³

C'est sur cette base que plusieurs ordres professionnels se sont dotés de dispositions dans leur code de déontologie afin d'encadrer la publicité faite par leurs membres. En 1990, la Cour suprême du Canada, siégeant en appel d'une décision rendue par le comité de discipline du Collège royal des chirurgiens dentistes d'Ontario, jugeait justifié en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne des droits et libertés* une disposition réglementaire restreignant la liberté d'expression des professionnels²⁰⁴. Dans ce dossier, deux dentistes avaient lancé une campagne publicitaire axée sur leur nouveau modèle d'affaires alors que le règlement prévoyait que les moyens de diffusion de la publicité et son contenu étaient extrêmement limités (nom, adresse et numéro de téléphone du dentiste). La Cour suprême indiquait :

« Les consommateurs de services dentaires seraient très vulnérables face à de la publicité non réglementée. N'étant pas spécialistes, ils ne seraient pas en mesure d'évaluer les prétentions opposées concernant la qualité de différents dentistes. En fait, la pratique de l'art dentaire, comme toute autre profession, exige tellement d'exercice de jugement personnel subjectif que les prétentions concernant la qualité de différents dentistes peuvent être impossibles à vérifier en soi. De plus, le choix d'un dentiste est, comme on l'a déjà mentionné, relativement important. Les consommateurs seraient donc beaucoup plus vulnérables face à une publicité non réglementée de la part des professionnels de l'art dentaire qu'ils ne le seraient à l'égard de la publicité non réglementée de manufacturiers ou de fournisseurs d'un grand nombre d'autres biens ou services plus normalisés. Le fait que le législateur provincial a agi en l'espèce pour protéger un groupe vulnérable milite en faveur du point de vue que sa tentative de compromis doit être considérée avec une certaine déférence. »²⁰⁵

²⁰³ Institut supérieur des sciences humaines, *supra* note 47 à la p 199.

²⁰⁴ *Rocket c Collège royal des chirurgiens dentistes d'Ontario*, [1990] 2 RCS 232.

²⁰⁵ *Ibid* à la p 248.

La Cour suprême reconnaît dans la décision que la réglementation professionnelle en matière de publicité répond à deux impératifs, soit « le maintien d’une norme élevée de professionnalisme (par opposition au mercantilisme) de la profession » et « la protection du public contre la publicité irresponsable et trompeuse »²⁰⁶.

Dans le but de protéger le consommateur dans sa relation asymétrique avec le professionnel, l’article 74 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que le médecin ne doit faire aucune sollicitation de clientèle. Le Collège des médecins s’assure ainsi que le médecin ne profite pas de la vulnérabilité d’une personne qui pourrait bénéficier de son expertise afin de vendre ses services et réclamer des honoraires.

Peu de décisions disciplinaires ont été recensées sur la base de cet article à ce jour. Le conseil de discipline a reconnu un médecin coupable d’avoir suggéré à un patient qu’il devienne son médecin traitant moyennant un bonus à la signature, le tout, après avoir été informé que son patient avait déjà un médecin de famille²⁰⁷. Le conseil de discipline a également sanctionné un médecin s’étant présenté dans une résidence pour personnes âgées afin de faire du porte-à-porte pour offrir les services du groupe de médecine familiale dont il était responsable²⁰⁸. La visite a suscité de l’inquiétude et de l’incompréhension chez les résidents, ce dont le conseil de discipline a tenu compte dans l’imposition de la sanction.

Dans l’affaire *Médecins (Corporation professionnelle des) c Michaud*²⁰⁹, l’intimé avait fait paraître une publication dans un journal contenant des photos « avant » et « après » d’une de ses patientes à la suite d’un traitement de rajeunissement. Il indiquait que le traitement venait des États-Unis, où il avait fait ses preuves, et qu’il était maintenant disponible au Québec à sa clinique, dont il publiait le numéro de téléphone. Le professionnel avait plaidé qu’il ne s’agissait pas de sollicitation de clientèle, mais d’une simple publication en lien avec la transmission d’une information au public, à savoir que le traitement était maintenant accessible au Québec. Le conseil de discipline a rejeté

²⁰⁶ *Ibid* à la p 249.

²⁰⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c Yee*, AZ-51472820.

²⁰⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c Nicolas*, AZ-51511979.

²⁰⁹ *Médecins (Corp. professionnelle des) c Michaud*, [1993] DDCP 90, AZ-93041037, conf par [1994] DDCP 256, AZ-94041021.

cet argument, concluant qu'il s'agissait clairement d'éléments de sollicitation, dont certains étaient par ailleurs faux²¹⁰.

Plus récemment, un médecin a été acquitté d'un chef d'infraction d'avoir fait défaut de s'assurer du respect de l'article 74 du *Code de déontologie des médecins* par une compagnie avec laquelle il collaborait²¹¹. La plaignant alléguait que le fait pour la compagnie de s'être adonnée à des démarches de sollicitation de clientèle dans un contexte de pénurie de médecins constituait de la sollicitation de clientèle prohibée. Le conseil de discipline avait jugé dans ce dossier qu'« une offre de services, proposée à l'occasion d'un appel téléphonique, ne constitue pas en soi de la sollicitation »²¹². Pour qu'il y ait sollicitation, il faut, affirme le conseil de discipline, qu'il y ait un caractère répétitif et insistant. Comme les télévendeurs de la compagnie avaient fait un seul appel auprès des clients potentiels, il n'y avait pas eu de sollicitation.

L'utilisation du titre de médecin à des fins commerciales est un autre comportement considéré comme dérogatoire en vertu du *Code de déontologie des médecins*. Analysons maintenant le traitement jurisprudentiel réservé à cet article.

5. *L'utilisation du titre à des fins commerciales*

L'article 75 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que le médecin ne peut permettre que son titre soit utilisé à des fins commerciales²¹³. Comme nous l'avons vu précédemment, le titre de médecin emporte de la crédibilité à son titulaire en raison de l'expertise qu'il détient. L'ordre professionnel doit imposer des balises strictes afin de s'assurer que ce titre inspire confiance auprès du public et qu'il ne soit pas utilisé à des fins mercantiles.

²¹⁰ Il est toutefois important de préciser que l'utilisation de photos de type avant-après ne sont plus interdites par le *Code de déontologie des médecins*. Voir, à ce propos, Collège des médecins, *Le médecin, la publicité et les déclarations publiques*, guide d'exercice, août 2010, à la p 7, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2010-08-01-fr-md-publicite-et-declarations-publiques.pdf> >.

²¹¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c Rioux*, AZ-51009790 [Rioux].

²¹² *Ibid* au para 220.

²¹³ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 75.

Les premières plaintes déposées devant le conseil de discipline relativement à cet article avaient pour objet les activités publicitaires des médecins. Dans *Comité – Médecins – 1*²¹⁴, le médecin a été reconnu coupable d’avoir permis que son nom soit utilisé à des fins commerciales en accordant une entrevue et en participant à une prise de photographie afin que soient publiés des articles de nature promotionnelle concernant un produit dont il détenait les droits exclusifs de distribution. Dans *Comité – Médecins – 2*²¹⁵, le médecin était accusé d’avoir permis que son nom soit utilisé à des fins commerciales à l’occasion de la publication de deux annonces relatives à son livre traitant de perte de poids. Les annonces en question se terminaient toutes deux par une invitation au lecteur à se procurer le livre en librairie ou à téléphoner à sa clinique pour en obtenir une copie. Le plaignant alléguait que le nom et la photo de l’intimé servaient à une fin doublement commerciale, soit la promotion du livre et la sollicitation de clientèle à sa clinique. Le conseil de discipline a écrit :

« Le comité n'est pas prêt à conclure que le fait pour un médecin de publier un ouvrage dont la page couverture fait état de son titre de médecin ou reproduit sa photographie ou de permettre que son titre ou sa photographie soit utilisé dans la publicité de l'œuvre constitue en soi un manquement à la déontologie professionnelle. Un médecin, comme tout autre citoyen, a le droit de se livrer à des activités commerciales, civiques ou politiques qui peuvent s'entourer d'une certaine publicité. Les médias d'information font couramment état de la profession ou du métier d'un homme politique ou d'une personnalité. Il n'est ni réaliste ni souhaitable d'exiger des médecins qu'ils s'abstiennent de toute activité ou de tout geste qui pourrait ainsi avoir un certain retentissement. »²¹⁶

Or, dans le cas sous étude, le conseil de discipline a jugé que « publiée à côté d’un encart publicitaire où une vedette bien connue vante les soins que lui a donnés l’intimé et explique comment elle a « réussi son régime » »²¹⁷, la publication acquiert une connotation commerciale incompatible avec l’objet du code de déontologie. Un médecin ayant accepté d’apparaître dans une publicité télévisée au sujet d’un médicament a également été reconnu coupable par son conseil de discipline, alors qu’il avait été démontré que le message publicitaire livré était biaisé au motif que le produit n’avait pas les propriétés qu’il lui attribuait pour guérir la grippe²¹⁸. Notons toutefois que depuis cette décision,

²¹⁴ *Comité – Médecins – 1*, [1983] DDCP 81, AZ-83041044.

²¹⁵ *Comité – Médecins – 2*, [1983] DDCP 83, AZ-83041010.

²¹⁶ *Ibid* à la p 84.

²¹⁷ *Ibid* à la p 85.

²¹⁸ *Médecins (Corp. professionnelle des) c Drouin*, [1991] DDCP 82, AZ-91041062.

la *Loi sur les aliments et drogues* interdit la publicité directe aux consommateurs de médicaments d'ordonnances²¹⁹.

L'article 75 du *Code de déontologie des médecins* a également été utilisé afin de mettre un frein à certaines pratiques en matière de médecine esthétique. Dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Bergeron*²²⁰, que nous avons analysé précédemment, l'intimée avait ouvert à son nom divers comptes auprès de compagnies pharmaceutiques afin de permettre à deux sociétés et à ses infirmières de s'approvisionner en produits médico-esthétiques. Elle avait rédigé des ordonnances collectives au bénéfice des infirmières afin de faciliter leur approvisionnement, et ce, en contrepartie d'une commission sur les produits injectés par ces dernières grâce à ces ordonnances. Le conseil de discipline a accepté le plaidoyer de culpabilité de l'intimée en mentionnant qu'il s'agissait d'une mauvaise utilisation des ordonnances collectives. En signant l'entente avec les bannières, l'intimée avait mis à contribution son titre et sa signature au profit des performances commerciales d'un tiers. Le conseil de discipline du Collège des médecins en est venu à une conclusion identique dans les décisions *Médecins (Ordre professionnel des) c Frenette*²²¹ et dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Coderre-Porras*²²², où les médecins avaient également ouvert des comptes auprès de compagnies pharmaceutiques afin d'assurer la mise en œuvre d'ordonnances collectives. Dans ce dernier dossier, le conseil de discipline notait :

« La crédibilité du médecin et de la profession médicale peut être questionnée par le public lorsque le médecin utilise les ordonnances collectives à une autre fin que celle prévue par la loi et les règlements. Les ordonnances collectives ont été prévues dans le but d'assurer à la fois la disponibilité et la qualité des soins médicaux, tout en constituant un outil privilégié pour assurer une meilleure collaboration entre les divers professionnels de la santé. »²²³

Mis au parfum des dérives reliées à l'utilisation des ordonnances collectives et de la marchandisation de la médecine dans le domaine médico-esthétique, le Collège des médecins a mis sur pied un

²¹⁹ *Loi sur les aliments et drogues*, LRC 1985, c F-27, art 3. Les fabricants peuvent néanmoins faire des « annonces de sensibilisation à la maladie » si ni la marque ni le fabricant n'est mentionné, de même que de la « publicité de rappel » dans laquelle la marque pourra être mentionnée, mais pas l'affection ou la maladie que le produit vise à traiter.

²²⁰ *Bergeron*, *supra* note 186.

²²¹ *Frenette*, *supra* note 187.

²²² *Coderre-Porras*, *supra* note 188.

²²³ *Ibid* au para 66.

groupe de travail qui a mené à l'adoption d'un guide d'exercice en mai 2018 afin de clarifier les obligations déontologiques de ses membres à cet égard²²⁴.

Le Collège des médecins a mis en garde ses membres en 2015 relativement à la publicité destinée au public. Dans le cadre d'un communiqué, il leur a rappelé leur obligation de ne pas lier leur titre à une compagnie pharmaceutique ou au nom commercial de médicaments utilisés ou prescrits²²⁵. Le Collège mentionnait également être d'avis que l'article 75 du *Code de déontologie des médecins* trouve application afin d'empêcher les médecins d'utiliser le logo d'une compagnie commerciale, d'un médicament ou d'un produit dans leur publicité²²⁶. Leur site internet ne peut pas comporter non plus d'hyperliens vers le site d'une compagnie commerciale²²⁷. Dans son guide sur la médecine esthétique, le Collège des médecins ajoute à cette liste d'autres exemples de pratiques qui doivent être évitées, soit l'affichage, dans la salle d'attente ou dans le bureau du médecin, d'affiches ou d'images faisant la promotion d'un appareil ou d'un produit, la présence de liens, sur le site internet du médecin, menant vers des entreprises commerciales de produits utilisés par le médecin ou vers des institutions financières offrant du financement pour les traitements offerts à la clinique et la vente de produits associés à un médecin (avec la mention « élaboré par un dermatologue », par exemple)²²⁸. Il leur demande par ailleurs de ne pas utiliser de nom de marques de commerce de médicaments ou de logo de produits lors de la rédaction de leurs ordonnances, ni d'utiliser les carnets d'ordonnances émanant de laboratoires ou d'autres fournisseurs de services ou de produits médicaux²²⁹, ce qui pourrait donner l'impression d'une association entre le médecin et ces derniers, ou même une recommandation d'avoir recours à leurs services.

²²⁴ Collège des médecins, « La médecine esthétique », *supra* note 150.

²²⁵ Collège des médecins, « La publicité et l'utilisation du titre de médecin à des fins commerciales », communiqué, 7 décembre 2015, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/publicite-et-utilisation-titre-de-medecin-fins-commerciales.aspx> >. Voir à cet effet, la décision *Médecins (Ordre professionnel des) c Courchesne*, AZ-50104107, dans laquelle le médecin avait notamment plaidé coupable à un chef d'infraction d'avoir fait ou permis que soit faite la promotion de différents produits Neostrata AHR fabriqués par la compagnie Canderm Pharma Inc.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Collège des médecins, « La médecine esthétique », *supra* note 150, à la p 29.

²²⁹ Collège des médecins, « Les ordonnances individuelles », *supra* note 108.

Analysons maintenant les obligations du médecin en lien avec la dispensation de produits ayant un intérêt pour la santé.

6. La vente ou location d'appareils et vente de médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé et leur promotion

Le Collège des médecins a jugé nécessaire d'encadrer la pratique de ses membres eu égard à la vente ou à la location de médicaments ou d'équipements. Tout d'abord, l'article 39 alinéa 1 de la *Loi médicale*²³⁰ prévoit que le médecin ne peut vendre des prothèses autres que des verres de contact. L'article 76 du *Code de déontologie des médecins* est quant à lui beaucoup plus restrictif et prévoit :

« **76.** Le médecin doit s'abstenir, directement ou indirectement, de louer ou de vendre des appareils ou de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l'exception des appareils qu'il installe ou des médicaments et produits qu'il administre directement.

Il ne peut, en outre, réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre. »²³¹

Comme l'indique le Collège des médecins :

« [L]'essence même de la profession médicale est d'offrir des services professionnels pour lesquels le médecin doit être dûment rémunéré et non de vendre, de louer, de tirer profit des fournitures médicales nécessaires à son exercice, telles que des appareils, des médicaments ou des produits ayant un intérêt pour la société. »²³²

Le Collège des médecins considère ainsi qu'il s'agit d'un conflit de rôles pour un médecin de prescrire et de vendre ce qui fait l'objet de sa prescription. Les patients se fient à leur médecin pour leur donner un avis neutre quant à la nécessité de subir un traitement ou de débiter un soin. Lorsque ces mêmes médecins vendent des produits ou louent des appareils, ils ont ainsi un intérêt économique dans ces activités et on peut raisonnablement se poser la question de savoir s'ils sont véritablement indépendants. Le médecin qui vend des médicaments pourrait, par exemple, être plus enclin à prescrire un produit qu'il a en inventaire alors qu'un autre médicament serait plus

²³⁰ *Loi médicale*, *supra* note 148.

²³¹ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 76.

²³² Collège des médecins, « Indépendance professionnelle », *supra* note 153, à la p 1.

approprié²³³. Par ailleurs, force est de constater que, bien que les médecins ont des connaissances en matière de pharmacologie, l'expertise relative à la dispensation de la médication est détenue par les pharmaciens²³⁴ : les médecins devraient donc leur laisser l'exercice de cet acte professionnel. Lorsque la prescription est établie par un professionnel et exécutée par un autre, il y a par ailleurs moins de risque d'incidents en raison du contrôle additionnel exercé par la deuxième personne²³⁵.

L'interdiction faite au médecin de vendre ou louer un produit s'explique aussi par le fait que, même si ce dernier ne retire pas de bénéfice financier de la transaction, cette pratique est éthiquement questionnable : les recommandations du médecin relativement à un produit ayant un intérêt pour la santé peuvent être comprises par le patient comme étant une garantie de l'efficacité du produit recommandé ou de sa reconnaissance par les autorités scientifiques²³⁶. On peut penser ici à un médecin qui vendrait des produits liés aux diètes amaigrissantes ou des crèmes utilisées à des fins esthétiques, qui sont des produits dont les bienfaits n'ont pas nécessairement été prouvés scientifiquement²³⁷. On cherche aussi à éviter que le patient ne fasse l'achat dans le but de plaire au médecin²³⁸. Si le médecin juge qu'un produit ayant un intérêt pour la santé peut avoir des bénéfices pour son patient, il devrait faire une recommandation au patient et le laisser se procurer le produit auprès d'une autre personne²³⁹. À ce sujet, le Collège des médecins a ainsi rejeté la position retenue par d'autres juridictions de permettre aux médecins la vente ou la location de produits et services dits « médicalement nécessaires » (béquilles, orthèses, etc.) et d'interdire la vente de produits « non-médicalement nécessaires ou cosmétiques » (vitamines, herbes, produits anti-âge, etc.)²⁴⁰. Le

²³³ Rodwin, *supra* note 149, à la p 82.

²³⁴ *Loi sur la pharmacie*, RLRQ c P-10, art 17.

²³⁵ Rodwin, *supra* note 149 à la p 102.

²³⁶ Cette conduite est expressément interdite par l'article 83 du *Code de déontologie des médecins* (« [L]e médecin doit s'abstenir de garantir, expressément ou implicitement, l'efficacité d'un examen, d'une investigation ou d'un traitement ou la guérison d'une maladie »). Voir aussi, à cet effet, Carolyn Thomas « When doctors go retail: is it okay to sell products? » (9 septembre 2010), en ligne (blogue): *The Ethical Nag* < <https://ethicalnag.org/2010/09/09/doctors-selling-retail/> > [Thomas].

²³⁷ Collège des médecins, « Modifications au Code de déontologie des médecins », *supra* note 96, aux pp 9 et s.

²³⁸ Ericka L. Adler, « Physicians Selling Products: Legal and Ethical Considerations » (8 février 2012), en ligne (blogue): *Physicians Practice* < <http://www.physicianspractice.com/blog/physicians-selling-products-legal-and-ethical-considerations> >; Thomas, *supra* note 236.

²³⁹ Davis, *supra* note 81 à la p 288.

²⁴⁰ Voir, à titre d'exemple, College of Physicians and Surgeons of British Columbia, « Promotion and Sale of Products », norme d'exercice, en ligne : < [https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Promotion-and-Sale-of-](https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Promotion-and-Sale-of-Products)

Collège a également rejeté une exception à la règle lorsque des contraintes géographiques rendent impossibles pour le patient de se procurer le produit en temps utile²⁴¹.

Quatre causes ont été entendues par le conseil de discipline du Collège des médecins au sujet de la vente ou de la location d'appareils, de médicaments ou de produits ayant un intérêt pour la santé. Un médecin a notamment été reconnu coupable d'avoir fait le commerce de médicaments à son cabinet de consultation en vendant des quantités impressionnantes de médicaments à sa clientèle, le tout, en faisant des marges de profit dépassant souvent 60%²⁴². Le conseil de discipline a rejeté dans ce cas l'argument de l'intimité à l'effet qu'il ne pouvait être reconnu coupable de cette infraction au motif que la vente de médicaments constituait le prolongement de son acte médical : la preuve ne démontrait pas qu'en donnant la médication, le médecin avait fait le suivi de ses patients, ni ne surveillait l'efficacité du médicament et des effets secondaires. Plus récemment, dans l'affaire *Fanous*²⁴³, un médecin ayant fourni à une patiente des produits ou crèmes pour le visage après un peeling chimique alléguait devant le Tribunal des professions qu'il ignorait qu'il ne pouvait pas vendre de tels produits et que, de toute façon, la faute reprochée n'était pas suffisamment grave pour justifier une condamnation déontologique. Le Tribunal a maintenu la condamnation du professionnel prononcée par le conseil de discipline. Dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Morel*²⁴⁴, le conseil de discipline a condamné un médecin acupuncteur qui s'adonnait à la vente de plantes médicinales à son cabinet. Le conseil de discipline a rejeté son argument à l'effet que lorsqu'il procédait à la vente, il le faisait à titre d'acupuncteur, et non de médecin. Dans un autre dossier²⁴⁵, la plainte visant le médecin comportait notamment des chefs d'infraction d'avoir vendu à des patients souffrant d'obésité et bénéficiant d'un traitement médical spécifique des injections de vitamine B-12, qu'il leur vendait par le biais d'une société de portefeuilles qu'il détenait à 100%.

Products.pdf >.

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Laporte c Médecins (Ordre professionnel des)*, [1997] DDOP 271, requête en évocation à la CS rejetée par AZ-97022032 et cause rayée à la CA (500-09-005842-976).

²⁴³ *Médecins (Ordre professionnel des) c Fanous*, [2010] DDOP 124, AZ-50561319, appel sur la culpabilité accueilli en partie et appel sur la sanction rejeté par 2011 QCTP 228, AZ- 50809664, requête en révision rejetée par 2013 QCTP 7, AZ-50932674, requête en révision rejetée par 2014 QCTP 133, AZ-51129970, requête en révision judiciaire rejetée par 2014 QCCS 3296, AZ- 51089625, requête en révision judiciaire rejetée par 2016 QCCS 816, AZ-51259805, requête pour permission d'appeler rejetée par 2014 QCCA 1731, AZ-51109455, et requête pour permission d'appeler rejetée par 2016 QCCA 679, AZ-51280269.

²⁴⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c Morel*, AZ-50385522.

²⁴⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c Sakellarides*, AZ-51261389, en appel (540-07-000078-162).

La nécessité médicale de ces injections avait été remise en question devant le conseil de discipline. Le tribunal a reconnu le médecin coupable de ces infractions au motif que la preuve ne permettait pas d'établir avec précision le fait que les patients étaient informés qu'ils avaient la possibilité d'acheter les produits autrement que par le biais de sa compagnie. Dans l'imposition de la sanction, le conseil de discipline notait par ailleurs que le fait que le médecin s'était servi de son titre de médecin à des fins lucratives auprès d'une clientèle vulnérable qui cherchait une solution miracle pour perdre du poids devait mener à l'imposition d'une sanction dissuasive et exemplaire.

L'article 76 *du Code de déontologie des médecins* spécifie que le médecin peut vendre un produit ou médicament s'il l'administre directement. Dans certaines circonstances, il sera en effet plus commode que le médecin puisse vendre le produit²⁴⁶. Entreront notamment dans cette catégorie les lentilles intraoculaires vendues par l'ophtalmologiste dans le cadre d'une opération de remplacement de cristallin dans le secteur privé et les agents de comblement vendus par le dermatologue dans le cadre d'une session de comblement de rides. Le Collège des médecins a par ailleurs élargi l'application de l'article en permettant que le médecin ayant rédigé une ordonnance individuelle pour des produits injectables à des fins esthétiques puisse vendre les produits en question si leur administration est effectuée par des infirmières ou infirmières auxiliaires dans son cabinet²⁴⁷.

Le Collège des médecins rappelle de plus dans son guide sur la médecine esthétique que les produits que le professionnel se procure doivent l'être pour le bénéfice de ses patients :

« Le médecin qui achète des médicaments ou produits injectables pour usage professionnel ne peut pas vendre ces produits à un autre professionnel ou permettre qu'ils soient utilisés à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été achetés, soit pour son usage professionnel ou pour celui des professionnels œuvrant dans son cabinet. »²⁴⁸

²⁴⁶ Davis, *supra* note 81, à la p 288.

²⁴⁷ Collège des médecins, « La médecine esthétique », *supra* note 150 à la p 31.

²⁴⁸ *Ibid* à la p 54.

L'article 76 du *Code de déontologie des médecins* doit ainsi être lu comme voulant dire que le médecin ne doit pas agir à titre de distributeur ou de grossiste de médicaments pour le compte de professionnels qui n'exercent pas avec lui²⁴⁹.

L'article 79 du *Code de déontologie des médecins* exige quant à lui du médecin ayant participé au développement d'un produit ayant un intérêt pour la santé d'en informer les milieux où il en fait la promotion²⁵⁰.

Relativement aux fournitures médicales et aux traitements administrés par le médecin, l'article 76 alinéa 2 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que le professionnel ne peut réclamer de montants disproportionnés. À ce propos, le Collège des médecins est venu donner des balises à ses membres :

« Bien qu'aucun critère ne vienne guider le médecin dans la détermination du prix demandé, il est recommandé aux médecins de demander des frais qui correspondent au prix coûtant des fournitures médicales, notamment les atelles ou les médicaments, auxquels pourront s'ajouter des frais d'administration raisonnables incluant notamment les frais pour l'entreposage et la conservation. »²⁵¹

L'entrée en vigueur, le 26 janvier 2017, du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques* est venue mettre fin de façon formelle à l'imposition de frais accessoires par de multiples cliniques pour des services assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Bien que l'imposition de tels frais constituaient une surfacturation interdite en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*²⁵², plusieurs médecins avaient adopté cette pratique. Certains des montants étaient disproportionnés eu égard

²⁴⁹ Voir Collège des médecins, « Les ordonnances individuelles », *supra* note 137, à la p 22, où il est question de la possibilité pour un professionnel de rédiger une ordonnance « pour usage professionnel » et où sont délimités les usages qui peuvent être fait de ces ordonnances. Voir également *Chen*, *supra* note 190, décision dans laquelle le médecin avait agi à titre de grossiste en revendant à un pharmacien des médicaments dont le coût avait déjà été payé par la RAMQ.

²⁵⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 79.

²⁵¹ Collège des médecins, « Modifications au Code de déontologie des médecins », *supra* note 96, à la p 10. Voir aussi Collège des médecins, « Indépendance professionnelle », *supra* note 153.

²⁵² Lettre de M^e Jean-Pierre Ménard à la ministre fédérale de la Santé Jane Philpott, 3 décembre 2015, en ligne : < http://www.menardmartinavocats.com/documents/file/lettre-a-l-honorable-jane-philpott-03_12_2015.pdf >.

au coût réel des médicaments. Depuis l'entrée en vigueur du règlement, il est néanmoins clair qu'outre les tarifs maximaux qui peuvent être facturés pour le transport d'échantillons biologiques, le médecin ne peut plus réclamer de la personne assurée quelque montant que ce soit²⁵³. À ce propos, huit plaintes ont été logées devant le conseil de discipline du Collège des médecins en juin 2017 contre des urologues relativement à la pratique de leur clinique d'imposer des frais de 300\$ à des patients pour des frais de médicaments et d'agents anesthésiants nécessaires à la suite de vasectomies assurées par la RAMQ. Vu l'entrée en vigueur du *Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques* après le dépôt de la plainte, les parties ont conclu une entente et demandé au conseil de discipline le retrait de la plainte, ce qui leur fut accordé²⁵⁴. Dans l'affaire *St-Gelais*²⁵⁵, le conseil de discipline a toutefois reconnu coupable un ophtalmologiste qui avait continué à facturer des gouttes ophtalmiques à ses patients après un avertissement de la part du bureau du syndic de mettre fin à cette pratique.

Voyons maintenant l'obligation du médecin en ce qui a trait à la remise de l'ordonnance individuelle à son patient.

7. Le droit du patient de faire exécuter une ordonnance à l'endroit de son choix

Tout patient qui se voit remettre une ordonnance ou une requête de la part d'un médecin a le droit de faire exécuter cette dernière à l'endroit de son choix. C'est l'article 77 du *Code de déontologie des médecins* qui le prévoit²⁵⁶. Le médecin a également l'obligation d'indiquer au patient, sur demande, les endroits où il pourra recevoir les services thérapeutiques ou diagnostiques requis. Cette disposition vise à favoriser la libre circulation des ordonnances et à éviter tout dirigisme

²⁵³ Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Manuel des médecins omnipraticiens*, art 1.1.4, en ligne : < <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/100-facturation-omnipraticiens/manuel-omnipraticiens-remuneration-acte.html> >.

²⁵⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c Bettez*, AZ-51504839, *Médecins (Ordre professionnel des) c Cossette*, AZ-51504840, *Médecins (Ordre professionnel des) c Guertin*, AZ-51504841, *Médecins (Ordre professionnel des) c Hage*, AZ-51504842, *Médecins (Ordre professionnel des) c Hanna*, AZ-51504843, *Médecins (Ordre professionnel des) c Jammal*, AZ-51504844, *Médecins (Ordre professionnel des) c Lapointe*, AZ-51504845 et *Médecins (Ordre professionnel des) c Simard*, AZ-51504846.

²⁵⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c St-Gelais*, AZ-51509164.

²⁵⁶ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 77.

vers des entreprises ou cliniques dans lesquelles le médecin a un intérêt commercial. Une seule décision disciplinaire a été recensée eu égard à l'application de l'article 77 du *Code de déontologie des médecins*. Dans l'affaire *Backler*²⁵⁷, le syndic plaignant reprochait au médecin intimé d'avoir fait preuve de dirigisme en offrant à ses patients le service de laboratoire offert par la compagnie détenue par sa secrétaire et en favorisant l'accessibilité aux rendez-vous aux patients qui y avaient recours. Le Tribunal des professions, dans ce dossier, rappelle que le *Code de déontologie des médecins* ne prohibe pas le fait qu'un médecin puisse avoir des intérêts dans une entreprise offrant des services diagnostiques, pour autant qu'il en informe le patient et lui indique d'autres endroits où il peut obtenir le service requis. Le médecin fut acquitté de cette infraction au motif que la preuve ne démontrait pas qu'il ne respectait pas l'encadrement de l'article 77 du *Code de déontologie des médecins*²⁵⁸.

Le Collège des médecins encadre également les activités de ses membres en lien avec leurs activités de recherche. Voyons ce que le *Code de déontologie des médecins* prévoit à cet effet.

8. Les activités de recherche

En matière de recherche clinique, l'intérêt primaire du médecin doit être la promotion et l'intégrité de la recherche²⁵⁹. L'objet de la recherche clinique est généralement le développement de nouveaux médicaments ou de nouveaux traitements qui sont dans l'intérêt de la population. Toutefois, comme leurs résultats ne sont pas connus à l'avance, il est possible que les patients qui agissent à titre de sujets de recherche subissent des effets secondaires indésirables.

L'intérêt que le médecin peut vouloir valoriser en acceptant un mandat de recherche peut être d'ordre financier, mais il peut également être lié à l'obtention d'un poste académique, d'une certaine notoriété et de l'admiration de pairs.

²⁵⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c Backler*, AZ-50862877, inf par 2014 QCTP 135, AZ-51134847, requête en révision judiciaire accueillie en partie par 2016 QCCS 584, AZ-51255417, appel au TP accueilli par 2016 QCTP 153, AZ-51355402, pourvoi en contrôle judiciaire rejeté par la CS par 2018 QCCS 265, AZ-51463697.

²⁵⁸ *Ibid*, jugement du Tribunal des professions au para 82.

²⁵⁹ Lexchin, *supra* note 197, à la p 26.

C'est l'article 78 du *Code de déontologie des médecins* qui jette les bases du comportement attendu du médecin lorsqu'il fait de la recherche :

« **78.** Le médecin qui entreprend ou participe à une recherche doit déclarer, au comité d'éthique de la recherche, ses intérêts et dévoiler tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel.

Dans le cadre d'une activité de recherche, le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter ou accorder un dédommagement qui mettrait en cause son indépendance professionnelle.

La rétribution ou le dédommagement du médecin pour son temps et expertise professionnelle affectée à la recherche doit être raisonnable et connu du comité d'éthique. »²⁶⁰

Cet article prévoit ainsi l'obligation pour le médecin désirant s'impliquer dans un projet de recherche de divulguer ses intérêts et de dévoiler tout conflit d'intérêts au comité d'éthique de la recherche, qui prendra une décision en lien avec les informations dévoilées. On retire ainsi au médecin le choix de prendre une décision en lien avec un conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel dans le projet. Car si le mandat des comités d'éthique de la recherche est d'évaluer les projets de recherche qui leur sont soumis afin de s'assurer de leur conformité sur le plan éthique, ils ont également pour mandat d'examiner les éléments qui pourraient avoir un effet sur l'intégrité du projet, dont les conflits d'intérêts des médecins partenaires. Les articles 84 et 87 du *Code de déontologie des médecins* exigent également que le médecin fasse preuve d'intégrité dans le cadre de ses travaux de recherche en lui intimant de ne pas inscrire, produire ou utiliser des données de recherche qu'il sait fausses ni sciemment cacher les résultats négatifs d'une recherche à laquelle il a contribué²⁶¹.

Au cours des dernières années, le domaine de la recherche clinique a connu un essor considérable. Autrefois restreinte aux universités et aux hôpitaux, la recherche s'est maintenant transportée dans les cabinets de consultation des médecins. Cette situation peut causer de la confusion dans l'esprit d'un patient qui se voit offrir par son médecin traitant de participer à titre de sujet de recherche à une recherche clinique à laquelle il contribue. Le Collège des médecins, bien qu'il n'interdise pas cette pratique, souligne néanmoins l'importance d'expliquer clairement les limites de chacun des deux mandats au patient :

²⁶⁰ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 78.

²⁶¹ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, arts 84 et 87.

« On ne saurait trop insister sur l'importance pour le médecin-chercheur de distinguer auprès du sujet de recherche, qui est également un patient, la recherche clinique de la pratique médicale usuelle, dont l'objet est de contribuer directement à la santé. En effet, les patients-sujets de recherche pressentis risquent d'être déconcertés lorsque la recherche clinique et la pratique médicale sont conduites simultanément. C'est pour cette raison que le médecin-chercheur qui sollicite la participation d'un sujet de recherche, qu'il soit ou non son médecin traitant, doit lui faire savoir très clairement que le but de la recherche n'est pas a priori le même que celui qui avait motivé la consultation et, dans la mesure du possible, le diriger vers une personne non engagée dans la recherche et complètement étrangère à la relation initiale pour éclairer son consentement. Le sujet de recherche doit savoir et comprendre que les exigences méthodologiques du protocole limitent l'intervention thérapeutique du médecin. De plus, le médecin-chercheur doit être en tout temps totalement objectif et transparent lorsqu'il aborde, avec le sujet de recherche pressenti, les détails de la recherche clinique qu'il lui propose. À ce titre, le médecin ne doit retenir, consciemment ou non, aucune information ni intimider ou influencer de manière induue le sujet de recherche. »²⁶² (références omises)

L'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part du patient est un élément-clé de la recherche. Deux auteurs remettent néanmoins en cause la possibilité pour les médecins de porter simultanément les chapeaux de médecin traitant et de clinicien chercheur, notamment eu égard à l'obtention d'un véritable consentement libre et éclairé de la part du patient²⁶³. La possibilité pour un patient-sujet de recherche d'être redirigé vers un autre médecin afin de se faire expliquer le protocole de recherche peut en effet être illusoire dans des régions éloignées, surtout dans un contexte de pénurie de médecins.

Il existe un conflit de rôles lorsque le médecin traitant offre à l'un de ses patients de participer à une recherche. Son engagement envers le protocole de recherche pourra avoir pour effet de recommander la participation de ce dernier au protocole alors qu'une autre avenue pourrait être plus avantageuse et plus sûre²⁶⁴. Le médecin pourrait également être porté à ne pas respecter les critères d'inclusion et/ou sous-évaluer ou ne pas rapporter les effets indésirables survenus au cours de la recherche²⁶⁵. Les risques de conflit d'intérêts sont donc bien présents.

²⁶² Collège des médecins, *Le médecin et la recherche clinique*, guide d'exercice, juillet 2007, à la p 12, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-07-01-fr-medecin-et-recherche-clinique.pdf> >.

²⁶³ Georges-A. Legault et Marie-Paule Desaulniers, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2003 aux pp 77 et s.

²⁶⁴ Rodwin, *supra* note 149 à la p 256.

²⁶⁵ Anne-Marie Savard, « Les responsabilités des chercheurs, des comités d'éthique et des établissements en

Aucune décision disciplinaire n'a encore été rendue à ce jour sur un chef d'infraction basé sur l'article 78 du *Code de déontologie des médecins*. Cela s'explique par le fait que la recherche est, au Canada, un domaine qui fait l'objet de beaucoup d'autoréglementation de la part des universités, hôpitaux et instituts concernés. Les trois principaux organismes de recherche fédéraux se sont d'ailleurs dotés de normes pour promouvoir l'éthique de la recherche impliquant des êtres humains²⁶⁶.

Étudions maintenant les obligations déontologiques des médecins en lien avec les greffes et les transplantations d'organes.

9. La participation à une greffe ou à une transplantation d'organe

L'article 82 du *Code de déontologie des médecins* vise à éviter la confusion des rôles en matière de greffe ou de transplantation d'organes chez une personne décédée :

« **82.** Le médecin qui doit procéder à une greffe ou à une transplantation d'organe ne doit pas participer à la constatation ni à la confirmation du décès de la personne chez laquelle l'organe doit être prélevé. »²⁶⁷

La disposition reprend en somme les enseignements de l'article 45 du *Code civil du Québec*, qui précise que deux médecins doivent avoir procédé à la constatation du décès avant que le prélèvement puisse avoir lieu²⁶⁸. Bien que cet article se situe dans la section « Indépendance et désintéressement » du *Code de déontologie des médecins*, nous nous questionnons néanmoins sur les motifs ayant justifié son inclusion à cette section. Il ne nous apparaît en effet pas clair que l'intérêt du médecin soit en cause, en l'absence d'une preuve que la transplantation ou le don a lieu en faveur

matière de conflits d'intérêts en recherche biomédicale : un cadre normatif adéquat? » présentée à l'Université de Sherbrooke, 2 mai 2013, en ligne : < <http://docplayer.fr/75744561-Colloque-les-30-ans-des-programmes-en-droit-et-politiques-de-la-sante-la-responsabilite-dans-tous-ses-etats.html> >.

²⁶⁶ Conseil de recherche médicale du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, 2014, en ligne : < http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69 >.

²⁶⁷ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 82.

²⁶⁸ *Code civil du Québec*, art 45.

d'une personne de sa famille, par exemple. Nous comprenons toutefois la volonté du législateur d'éviter un conflit de loyautés.

La question se pose également de savoir pourquoi le *Code de déontologie des médecins* limite l'application de l'article aux dons cadavériques et ne fait pas référence aux dons d'organes et de tissus entre vifs. Placé devant une telle situation de dons, il nous semble préférable qu'un médecin s'occupe de préserver la santé du donneur et qu'un autre s'occupe de la personne appelée à recevoir l'organe ou le tissu²⁶⁹.

Analysons maintenant l'obligation générale du professionnel de ne pas compromettre son indépendance professionnelle.

10. *L'obligation de ne pas compromettre son indépendance professionnelle*

L'un des devoirs généraux des médecins est de ne pas compromettre leur indépendance professionnelle :

« **80.** Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, notamment dans le cadre des activités de formation médicale continue. »²⁷⁰

L'article 80 du *Code de déontologie des médecins* est l'article général traitant de l'obligation pour le médecin de ne pas compromettre son indépendance. Lorsque le médecin reçoit un bénéfice de la part d'un tiers susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, il est fort probable que le comportement en question tombera sous l'égide de l'article 73 du *Code de déontologie des médecins* vu précédemment. L'article 80 est cependant beaucoup plus large en ce qu'il couvre également les situations où un médecin signerait une entente susceptible de compromettre son indépendance professionnelle sans en retirer un bénéfice financier²⁷¹.

²⁶⁹ Transplant Québec laisse sous-entendre qu'il s'agit d'une bonne pratique. Voir Transplant Québec, « Don et transplantation au Québec », en ligne : < <https://transplantquebec.ca/don-et-transplantation-au-quebec> >.

²⁷⁰ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 80.

²⁷¹ Voir, à ce propos, *Médecins (Ordre professionnel des) c Desroches*, [2006] DDOP 124, AZ-50317176, conf en partie par 2008 QCTP 115, AZ-50501116 [Desroches].

En cette matière, le *Code de déontologie des médecins* vise à prévenir non seulement les situations de conflit d'intérêts réel ou potentiel, mais également les situations d'apparence de conflits d'intérêts. Le Collège des médecins a indiqué, dans une publication de 2004, que le test à appliquer afin de savoir si l'indépendance professionnelle du médecin est compromise est le suivant : « une personne de l'extérieur qui analyserait la situation pourrait-elle conclure à la possibilité d'une influence, fut-elle inconsciente, sur l'exercice du médecin, par exemple, sur ses choix thérapeutiques? »²⁷². Si la réponse à cette question est oui, il y a une situation de conflit d'intérêts ou d'apparence de conflits d'intérêts et le médecin devrait décliner l'offre ou l'entente qu'on lui propose.

En lien avec cet article, quatre médecins²⁷³ ont dû répondre devant leur conseil de discipline de leur collaboration avec des administrateurs de sites web fournissant des médicaments à des patients américains (myprescription.com, lepharmacy.com et Rx4US). Le *modus operandi* de ces compagnies était simple : le patient américain complétait un formulaire standard qui comportait des questions relativement à son état de santé, l'accompagnait d'une prescription rédigée par un médecin américain et l'envoyait par la suite aux administrateurs de l'un des sites internet concernés. Ces documents étaient par la suite transmis électroniquement à des médecins québécois, qui rédigeaient une nouvelle prescription et les expédiaient à une pharmacie québécoise. La pharmacie envoyait par la suite la médication au patient américain par la poste. Ce stratagème avait pour effet de permettre au patient américain d'obtenir sa médication à moindre coût au Canada. Le Bureau du syndic du Collège des médecins a déposé une plainte contre les quatre médecins en leur reprochant d'avoir prescrit ou contresigné des prescriptions au bénéfice de plusieurs patients sans s'assurer que la médication était médicalement requise, sans avoir jamais examiné ni rencontré les patients et sans avoir posé eux-mêmes le diagnostic. Le conseil de discipline mentionnait dans l'une des décisions :

« L'intimé a omis de sauvegarder son indépendance professionnelle en participant à cette forme de pratique, en ce qu'il a accepté de laisser intervenir des tiers dans son

²⁷² Suzanne Richer, « Les relations entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques au quotidien », *Revue Le Collège* XLIV:1 (hiver 2004) 12 [Richer, « Les relations »], à la p 12.

²⁷³ *Médecins (Ordre professionnel des) c Benjamin*, AZ-50391967, *Desroches*, *supra* note 271, *Médecins (Ordre professionnel des) c Leduc*, AZ-50392088, sanction conf par 2008 QCTP 90, AZ-50494875 [*Leduc*], *Médecins (Ordre professionnel des) c Ly*, AZ-50392461, conf par 2008 QCTP 126, AZ-50503036 [*Ly*].

travail, ces tiers étant en l'occurrence des hommes d'affaires animés par des motifs purement économiques. La preuve a au surplus révélé que l'intimé ne savait pratiquement rien de ces tiers en question. Il a ainsi permis que l'exercice de sa profession soit source de profit, tant pour les intermédiaires avec qui il était en contact que pour les patients à qui étaient destinés les médicaments qu'il prescrivait. Encore une fois, il s'agit pour l'intimé d'une utilisation dérogatoire de son privilège de prescripteur, en ce qu'il n'avait aucun contrôle sur ses actes. Une telle situation était non seulement susceptible de causer préjudice aux patients en question mais au surplus, démontre un manque certain au niveau du jugement professionnel ainsi qu'une très mauvaise compréhension de son rôle en tant que médecin. »²⁷⁴

Comme l'expliquait l'expert du plaignant dans l'affaire *Desroches*:

« La rédaction d'une ordonnance n'est pas un geste anodin. Le processus qui y mène nécessite une démarche clinique rigoureuse qui s'appuie sur un questionnaire complet, une revue des antécédents, un examen physique adéquat et une investigation pertinente. Cette démarche mènera à un diagnostic adéquat qui pourra justifier, le cas échéant, la prescription d'une médication. »²⁷⁵

Au moment de l'imposition de la sanction dans l'un des dossiers, le conseil de discipline notait que ces dernières règles d'art de la profession n'avaient pas été respectées en l'espèce :

« Agir comme l'a fait l'intimé constitue en fait un détournement de la profession au profit d'objectifs autres que ceux devant motiver les agissements d'un médecin dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il entretient avec son patient. Ainsi, considérant le fait que l'intimé a fait fi de certains principes fondamentaux de la pratique, le comité estime que le problème qui en découle en constitue non seulement un de jugement professionnel mais au surplus, de compétence professionnelle. Écarter les enseignements de base en matière d'élaboration du diagnostic et de détermination du traitement approprié constitue effectivement un comportement remettant en cause la compétence d'un professionnel agissant ainsi. »²⁷⁶

Le conseil de discipline envoyait ainsi un message clair au médecin concerné et aux autres membres de l'ordre professionnel à l'effet que les ententes visant à faciliter le commerce de médicaments ne respectaient pas les normes de la profession.

²⁷⁴ Ly, *supra* note 273.

²⁷⁵ Desroches, *supra* note 271, au para 105.

²⁷⁶ Leduc, *supra* note 273.

L'article 80 du *Code de déontologie des médecins* prévoit nommément les activités de formation comme étant une situation où il y a risque de perte d'indépendance pour les médecins. Les relations entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques sont inhérentes à leurs activités respectives. Le fait que les médecins doivent maintenir leurs connaissances à jour afin d'offrir des services de qualité rend les activités de formation continue subventionnées par les compagnies pharmaceutiques attrayantes²⁷⁷. Plutôt que d'interdire complètement ces contacts, le Collège des médecins a décidé d'intégrer spécifiquement l'acceptation d'un bénéfice reçu à l'occasion d'une activité de formation médicale continue à l'article 80 du *Code de déontologie des médecins* en 2002²⁷⁸. Il revient ainsi au médecin qui participe à une activité de formation continue de s'assurer que, ce faisant, il ne compromet pas son indépendance professionnelle, notamment en acceptant que ses frais de déplacement et d'hébergement soient payés par l'organisateur de la conférence.

Aucune décision du conseil de discipline du Collège des médecins n'a encore été rendue sur cette base. L'une des explications plausibles est que le Collège des médecins est l'organisme responsable de l'agrément des organismes médicaux offrant des activités de formation continue au Québec et que l'un des critères d'agrément est l'adhésion à un code d'éthique balisant les relations entre eux et les sociétés commerciales qui commanditent les événements. La publication, en janvier 2003, d'un *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue* préparé conjointement par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec et Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada est venue donner des règles claires relativement aux partenariats entre les organismes médicaux et l'industrie dans le but d'éviter les conflits d'intérêts. Les règles prévoyaient notamment que les subventions aux organismes médicaux ne devaient pas être versées individuellement aux participants. Il y avait également des sanctions en cas de non-respect²⁷⁹. Ce

²⁷⁷ À ce jour, le Collège des médecins n'a pas encore adopté de règlement relatif à la formation continue obligatoire de ses membres comme le lui permet l'article 94o) du *Code des professions*. Un projet de *Règlement sur le développement professionnel continu obligatoire des médecins* est cependant en attente d'approbation par le gouvernement et devrait entrer en vigueur sous peu. Voir à cet effet, Collège des médecins, « Futur Règlement sur le développement professionnel continu obligatoire des médecins : mise au point », communiqué, 9 mars 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/futur-reglement-dpc-mise-au-point.aspx> >.

²⁷⁸ Richer, « Les relations », *supra* note 272, à la p 13.

²⁷⁹ Conseil de l'éducation médicale continue du Québec et Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*, 2003, à la p 12, en ligne : < <http://www.ascpeq.org/telechargement/Documents/FMC/Code%20ethique%20emc%20fra.pdf> >.

code a été remplacé en janvier 2016 par le *Code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins*²⁸⁰, dont les principes sont demeurés sensiblement les mêmes. Le travail afin d'éviter les conflits d'intérêts a ainsi été fait en amont, dans le cadre de l'octroi de l'agrément, ce qui rend moins probable la commission d'une infraction à ce titre par un médecin participant.

Le *Code de déontologie des médecins* exige de plus, à son article 81, que le médecin organisateur d'une activité de formation médicale continue informe les participants du fait de ses affiliations ou de ses intérêts financiers auprès d'une société commerciale dans la réalisation de cette activité²⁸¹. On veut ainsi s'assurer que les participants soient informés du biais de la conférence en faveur d'une compagnie lorsqu'ils la suivent afin qu'ils puissent y accorder la crédibilité et l'objectivité méritées.

Maintenant que nous avons fait la revue des situations spécifiques de conflits d'intérêts prévues au *Code de déontologie des médecins*, il y a lieu d'analyser l'étendue de l'obligation générale du médecin de sauvegarder son indépendance professionnelle.

11. *L'obligation de sauvegarder son indépendance professionnelle et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts*

Si le comportement du médecin ne constitue pas un conflit d'intérêts au sens des articles étudiés précédemment, il pourra néanmoins s'agir d'un manquement en vertu de l'obligation générale de sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle :

« **63.** Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts

²⁸⁰ Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins, *Code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins*, 2016, en ligne : < http://cqdpdm.ca/wp-content/uploads/2017/05/Code-d%C3%A9thique_en-r%C3%A9vision.pdf >. La norme nationale adoptée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège des médecins du Québec régit par ailleurs depuis le 1^{er} janvier 2018 la conception et la prestation d'activités de développement professionnel continu agréées au Canada (voir Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et al, *Norme nationale pour le soutien des activités de DPC agréées*, 29 août 2016, en ligne : < <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/providers/tools-resources-accredited-cpd-providers/national-standard-accredited-cpd-activities-f> >.

²⁸¹ *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 81.

en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées. »²⁸²

S'il est impossible pour le Collège des médecins de prévoir et d'interdire à l'avance toutes les situations qui peuvent constituer un conflit d'intérêts pour ses membres, le filet de l'article 63 du *Code de déontologie des médecins* existe et pourra trouver application. L'article édicte le principe général selon lequel le médecin ne doit pas se placer dans une position où il pourrait être appelé à préférer son intérêt personnel à celui de son patient. Sont ainsi visés par cet article non seulement le conflit d'intérêts réel du médecin, mais également les situations de conflit d'intérêts potentiel. Comme le signale le conseil de discipline, « [l]e médecin dont les intérêts personnels ne sont aucunement en jeu, protège davantage et mieux les intérêts de ses patients que celui qui doit choisir entre les intérêts de ses patients et ses propres intérêts »²⁸³.

Jusqu'à présent, le conseil de discipline du Collège des médecins est intervenu à quelques reprises afin d'entendre des plaintes basées sur l'article 63 du *Code de déontologie des médecins*. Ce fut notamment le cas lorsque les médecins intimés agissaient à titre de médecin traitant mais avaient des liens financiers avec leur patient dans un autre contexte. Dans l'affaire *Taylor*²⁸⁴, le médecin était accusé d'être intervenu dans les affaires personnelles d'une patiente en acceptant d'agir à titre de mandataire pour cette dernière sur des sujets qui ne relevaient pas de sa compétence médicale, le tout, en continuant d'agir à titre de médecin traitant. Le conseil de discipline, tout en reconnaissant que l'intimé avait prodigué les soins appropriés et adéquats à sa patiente, a conclu qu'il s'agissait dans les circonstances d'une situation de conflit d'intérêts mettant clairement en jeu son indépendance professionnelle : il devait choisir entre son rôle de conseiller financier et celui de médecin, à défaut de quoi il pouvait être porté à préférer son intérêt personnel à celui de sa patiente. La conclusion du conseil de discipline fut la même dans le dossier *Rapport*²⁸⁵, où un médecin avait plaidé coupable à une infraction d'être intervenu dans les affaires

²⁸² *Code de déontologie des médecins*, supra note 4, art 63.

²⁸³ *Médecins (Ordre professionnel des) c Courchesne*, AZ-51307620, au para 140, en appel (505-07-000094-170).

²⁸⁴ *Corporation professionnelle des médecins du Québec c Taylor*, [1991] DDCP 71, AZ-91041001, inf par [1992] DDCP 255, AZ-92041042.

²⁸⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c Rapport*, [1996] DDOP 84, AZ-96041031.

d'une compagnie qui appartenait à certains de ses patients par l'entremise d'un investissement financier. Le fait que la compagnie appartenait à plus d'un patient n'avait pas été jugée pertinente aux fins de déterminer si le médecin avait compromis son indépendance professionnelle. Dans une autre affaire, le consentement, voire l'enthousiasme d'une patiente à devenir partenaire d'affaires d'un médecin dans l'achat et la transformation d'un hôtel a été écarté car non pertinent aux fins de la détermination de l'existence d'une faute déontologique : il y a confusion entre la relation personnelle et professionnelle avec le patient²⁸⁶. De même, dans l'affaire *Pagé*, le médecin a été reconnu coupable d'avoir négligé de sauvegarder son indépendance professionnelle à l'égard d'une patiente en agissant comme psychiatre traitant et en entretenant avec elle des relations d'affaires.

Plusieurs médecins se sont également vu imposer une sanction par leur conseil de discipline après avoir obtenu des prêts de la part de l'un de leurs patients. A ainsi été jugé dérogatoire le comportement d'un médecin qui était intervenu dans les affaires d'une patiente de 83 ans en obtenant d'elle trois prêts totalisant 4 000\$ et avait fait défaut de les lui rembourser²⁸⁷. Le conseil de discipline a noté que la patiente était en état de haute dépendance vis-à-vis du médecin et a qualifié la faute d'infraction grave²⁸⁸. Une situation semblable s'était produite dans l'affaire *Gagné*²⁸⁹, alors que le médecin s'était mis dans une situation de conflits d'intérêts en intervenant dans les affaires personnelles d'une patiente en sollicitant et obtenant des prêts totalisant 75 000\$ et en acceptant d'agir comme mandataire aux biens et à la personne en cas d'incapacité et comme exécuteur testamentaire en cas de décès, alors qu'à cette date il hébergeait celle-ci dans sa propriété²⁹⁰. Dans *Médecins (Ordre professionnel des) c Des Rosiers*²⁹¹, le médecin était accusé d'avoir obtenu un prêt de 100 000\$ de la part d'un client garanti par une hypothèque sur sa résidence, d'avoir fait l'acquisition d'un terrain appartenant à ce patient pour une somme de 100 000\$ et d'avoir fait l'acquisition d'une résidence secondaire appartenant à ce patient pour une somme de 300 000\$, dont une somme de 100 000\$ financée personnellement par ce dernier.

²⁸⁶ *Médecins (Ordre professionnel des) c Duquette*, AZ-50739408.

²⁸⁷ *Médecins (Corp. professionnelle des) c Normand*, [1993] DDCP 122, AZ-93041085, appel sur la sanction accueilli en partie par [1994] DDCP 269, AZ-94041062.

²⁸⁸ *Ibid* à la p 3.

²⁸⁹ *Bernatchez c Gagné*, AZ-50803547.

²⁹⁰ Un autre médecin a été reconnu coupable d'avoir agi à titre de mandataire d'un de ses patients sidéens en phase terminale (*Boulianne c Médecins (Ordre professionnel des)*, [1996] DDOP 271, AZ-96041051 [*Boulianne*]).

²⁹¹ *Médecins (Ordre professionnel des) c Des Rosiers*, AZ-51381467.

L'intimé a été reconnu coupable. Le conseil de discipline avait profité de l'occasion dans ce dossier pour indiquer que « ce n'est pas parce que les prêts et contrats sont notariés, qu'il ne s'agit pas d'un cas où le patient n'est aucunement vulnérable »²⁹². Le conflit d'intérêts n'existait pas uniquement au moment de la constitution des prêts : il perdurait tant que les prêts n'étaient pas remboursés. Il ne revenait d'ailleurs pas au notaire instrumentant de déterminer si le médecin est en situation de conflits d'intérêts à l'égard de son patient²⁹³.

Dans un autre dossier, le fait pour un médecin d'avoir été désigné exécuteur testamentaire dans le testament de l'un de ses patients n'avait toutefois pas été considéré comme un conflit d'intérêts, alors que le médecin avait été informé de ce fait deux jours après le décès de ce dernier²⁹⁴. Dans ce cas, son indépendance professionnelle n'avait jamais été compromise. Le conseil de discipline a acquitté un médecin accusé d'être intervenue dans les affaires personnelles de l'une de ses patientes²⁹⁵. Le médecin avait conseillé à une patiente ayant reçu une évaluation défavorable dans le cadre de ses études au Programme de médecine de l'Université de Montréal de faire un grief, de consulter la Fédération des médecins résidents du Québec pour exercer ses droits ou de la référer à une ressource pouvant l'aider dans l'exercice de ses recours. Le tribunal administratif avait jugé que l'approche bio-psycho-sociale de l'intimée, qui privilégiait une prise en charge par une équipe multidisciplinaire, ne signifiait pas que cette dernière avait fait défaut de sauvegarder son indépendance professionnelle²⁹⁶.

L'article 63 du *Code de déontologie des médecins* a aussi été évoqué lorsque des médecins ont priorisé leurs intérêts plutôt que ceux de leur patient. Dans l'affaire *Bourget*²⁹⁷, l'intimée a privilégié ses propres intérêts et manqué d'intégrité et de loyauté en présentant au banc du conseil de discipline chargé d'entendre une plainte contre son patient deux rapports contradictoires sur sa capacité à se présenter à l'audience, le tout, parce qu'elle craignait de témoigner devant eux. Le conseil de discipline a reconnu sa culpabilité. Dans un autre dossier, l'intimé a été reconnu coupable

²⁹² *Ibid* au para 60.

²⁹³ *Ibid* au para 62.

²⁹⁴ *Boulianne, supra* note 290.

²⁹⁵ *Médecins (Ordre professionnel des) c St-Hilaire*, AZ-51410626.

²⁹⁶ *Ibid* au para 253.

²⁹⁷ *Médecins (Ordre professionnel des) c Bourget*, AZ-51380801.

d'avoir fait défaut de tenir compte de ses limites en acceptant d'assurer un quart de travail additionnel alors qu'il avait l'intention de dormir en raison des obligations familiales qu'il avait le lendemain matin²⁹⁸. Ce faisant, il avait priorisé ses intérêts familiaux plutôt que ceux des patients de l'établissement pour lequel il travaillait. Le fait pour un chirurgien qui était de garde de refuser d'effectuer le suivi postopératoire d'un patient en raison d'un conflit avec un autre chirurgien du département a également été considéré comme une situation dans laquelle il a fait passer ses intérêts personnels avant ceux du patient²⁹⁹. Le patient, dans ce dossier, avait dû être transféré dans un autre hôpital situé à trois heures de route en raison de ce refus.

Le fait pour un médecin d'intervenir auprès de son patient afin qu'il acquitte les frais d'analyse de laboratoire contractés auprès d'un laboratoire dont l'actionnaire et l'administrateur unique est son conjoint constitue également une situation dans laquelle le jugement professionnel est susceptible d'être affecté³⁰⁰. Le conseil de discipline a conclu dans ce dossier que le médecin avait manqué à son obligation déontologique de protéger la santé et le bien-être de son patient en lui prescrivant des tests non justifiés et coûteux. Il a ainsi omis de sauvegarder son indépendance professionnelle et de se placer en situation de conflit d'intérêts.

Un médecin qui agissait à titre de directeur médical pour la compagnie MedSync a lui aussi été reconnu coupable en vertu de l'article 63 du *Code de déontologie des médecins* après avoir listé une série de tests que les patients devaient subir avant de pouvoir le rencontrer pour l'établissement de leur bilan de santé³⁰¹. Le conseil de discipline a jugé que le fait pour ce dernier d'exiger des examens préalables afin de faciliter (voire de permettre) l'accès à ses services constituait une situation où il a privilégié ses intérêts et ceux de MedSync au détriment des intérêts de ses patients. Le problème, comme le signale le tribunal, n'est pas la collaboration de l'intimé avec l'entreprise, mais la procédure qui « ne respecte pas les normes généralement reconnues en matière d'examen

²⁹⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c Monette*, AZ-51336612.

²⁹⁹ *Médecins (Ordre professionnel des) c Hoyeck*, [2004] DDOP 150, AZ-50191658, conf par 2005 QCTP 104, AZ-50333123. La chirurgienne ayant procédé à l'opération sans s'être préalablement assurée du transfert du patient vers un autre chirurgien responsable du suivi postopératoire a quant à elle été acquittée (voir *Médecins (Ordre professionnel des) c Synnott*, [2003] DDOP 166, AZ-50191195).

³⁰⁰ *Courchesne*, *supra* note 283.

³⁰¹ *Rioux*, *supra* note 211.

médical en vue de l'établissement d'un bilan de santé »³⁰², alors que la première étape aurait dû être pour l'intimé de rencontrer les patients afin d'effectuer une cueillette d'informations relativement à leurs antécédents familiaux et leurs habitudes de vie.

En janvier 2015, le Collège des médecins a publié un guide afin d'expliquer les plus récentes modifications apportées au *Code de déontologie des médecins*³⁰³. Dans ce dernier, il est question du fait que le bureau du syndic a dû intervenir à de multiples reprises afin d'informer les coopératives de santé que l'accès aux soins de santé et aux services des médecins ne pouvait être conditionnel au paiement de frais d'adhésion et de cotisation annuelle. C'est à la suite de ces interventions que l'article 63.1 du *Code de déontologie des médecins* a vu le jour :

« **63.1.** Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible d'influencer son exercice professionnel tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité et de la liberté de choix du patient.

Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale. »³⁰⁴

Cet article vient consacrer le principe selon lequel la priorité d'accès aux soins ne peut être donnée à un patient qu'en fonction de critères de nécessité médicale.

Le *Code de déontologie des médecins* prévoit également, à son article 64, que le médecin doit ignorer toute intervention d'un tiers en vue d'influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels, rappelant encore une fois l'importance que l'intérêt du client soit la préoccupation première du professionnel³⁰⁵.

Dans le cadre de ce travail, nous avons étudié les dispositions de la section « Indépendance et désintéressement » du *Code de déontologie des médecins* dans le but d'analyser le traitement réservé aux conflits d'intérêts. Il est important de noter, cependant, que certaines infractions prévues ailleurs au code de déontologie peuvent, dans certaines circonstances, constituer un conflit

³⁰² *Ibid* au para 209.

³⁰³ Collège des médecins, « Modifications au Code de déontologie des médecins », *supra* note 96, à la p 8.

³⁰⁴ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 63.1.

³⁰⁵ *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 4, art 64.

d'intérêts, et ne pas l'être dans d'autres. Le fait pour un médecin d'intervenir dans les affaires personnelles d'un patient, par exemple, peut n'être qu'une ingérence dans la vie privée d'un patient si le médecin ne veut que lui rendre un service. Or, si le médecin agit dans le but de favoriser son intérêt personnel, en convainquant un patient d'emménager dans une résidence privée pour aînés appartenant à sa conjointe, par exemple, il s'agira alors d'une situation dérogatoire en vertu des articles 25 et 63 du *Code de déontologie des médecins*. Dans ce cas particulier, il est néanmoins logique de penser que s'il remarque qu'un comportement dérogatoire constitue un manquement à plusieurs articles du *Code de déontologie des médecins*, dont l'un nécessite la preuve d'une motivation et l'autre, non, le syndic choisira le fardeau de preuve le moins exigeant. Il pourrait également indiquer les deux articles de rattachement à son chef d'infraction, mais, en raison de la règle interdisant les condamnations multiples pour des chefs d'infraction constituant un seul et même acte établie par la Cour suprême du Canada³⁰⁶, le professionnel ne sera condamné qu'en vertu d'un seul article. Cela explique le fait que certaines situations qui constituent un conflit d'intérêts au sens de la réglementation ne sont pas décidées sur la base des articles du *Code de déontologie des médecins* relatifs à l'indépendance et au désintéressement.

³⁰⁶ *Kienapple c R*, [1975] 1 RCS 729.

CONCLUSION

Le système professionnel actuel est basé sur la prémisse que la fonction principale des ordres professionnels est la protection du public. En contrepartie de l'autonomie que le gouvernement reconnaît aux professionnels d'exercer leur profession, ce dernier exige toutefois que l'ordre professionnel exerce un contrôle sur ses membres. Le *Code des professions* outille les ordres professionnels en leur donnant des mécanismes pour y arriver. L'un de ses mécanismes est la discipline. Le code de déontologie dont se dote un ordre professionnel est un élément clé afin d'encadrer l'exercice de la profession. Tout professionnel qui contrevient à ce code, au *Code des professions* et aux règlements adoptés par l'ordre pourra faire l'objet d'une plainte devant son conseil de discipline et se voir imposer une sanction, s'il y a lieu.

Le Collège des médecins est l'ordre professionnel chargé de surveiller l'exercice des médecins québécois. Conformément aux exigences du *Code des professions*, ce dernier s'est doté d'un code de déontologie, outil qui a par ailleurs été actualisé à de multiples reprises depuis 1974 afin d'adapter les normes au contexte dans lequel les médecins pratiquent, que ce soit dans le système public ou dans le privé. Ce code contient une vingtaine d'articles traitant spécifiquement de la nécessité pour les professionnels de sauvegarder leur indépendance professionnelle et de ne pas se placer en situation de conflit d'intérêts.

Nous avons vu dans le cadre de ce travail que le fait d'agir à titre d'expert pour un tiers, de traiter ses proches, de participer à des projets de recherche, à des transplantations d'organes ou à des activités de formation constituent toutes des situations à risque pour le médecin dans lesquelles il est possible pour lui de préférer son intérêt personnel à celui de son patient. Nous avons également vu que l'obtention d'avantages ou de ristournes, la vente ou la location de produits ayant un intérêt pour la santé, la sollicitation de clientèle et l'utilisation du titre à des fins commerciales étaient toutes des pratiques qui pouvaient donner une apparence de lucre et de commercialité à la profession médicale et que les professionnels devaient respecter les obligations prévues à leur code de déontologie à cet égard. Les articles 63 et 64 du *Code de déontologie des médecins* agissent également à titre de balises afin de protéger le public contre une situation de perte d'indépendance professionnelle ou de conflit d'intérêts qui n'aurait pas été prévue spécifiquement au code.

Notre revue de la jurisprudence disciplinaire rendue en matière de conflits d'intérêts a permis de mettre en évidence le fait qu'au cours des dernières années, plusieurs médecins ont profité de leurs responsabilités et/ou de leurs privilèges à titre de médecin afin de privilégier leur intérêt personnel au détriment de l'intérêt de leur patient. Dans bien des cas, l'appât du gain a eu raison de leur éthique professionnelle et ils ont dû répondre de leur comportement devant leur conseil de discipline. Le *Code de déontologie des médecins* a, dans la vaste majorité des cas, été un outil indispensable afin de rappeler à l'ordre les professionnels en question et servir d'exemple pour les autres membres de l'ordre professionnel.

La discipline remplit pleinement sa mission de protection du public au sein du Collège des médecins. Non seulement elle sert à baliser le comportement attendu de la part des médecins, mais elle les invite également à réfléchir sur la portée de leurs activités professionnelles, en particulier sur la perception du public envers la profession médicale. Or, il n'en demeure pas moins que les efforts déployés par le Collège des médecins afin de moderniser le code de déontologie et l'ajuster à la réalité de l'exercice des membres ne seront jamais suffisants afin d'enrayer complètement les comportements dérogatoires. Car aussi précis soit le code de déontologie et aussi nombreuses que puissent être les communications de l'ordre professionnel à l'intention des membres afin de définir, clarifier et contextualiser les règles déontologiques, ultimement, la protection du public dépend en plus grande partie de la conscience professionnelle des professionnels en exercice. Dans un contexte où opportunités d'affaires dans le secteur privé, nouvelles technologies et développement de nouveaux concepts se présentent, seuls ces derniers peuvent prendre les bonnes décisions d'un point de vue éthique et se montrés dignes de la confiance que le public leur porte.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTATION

Acte pour incorporer les membres de la profession médicale dans le Bas-Canada, et régler l'étude et la pratique de la médecine et de la chirurgie en icelui, SC 1847, c 26.

Acte pour l'incorporation du Barreau du Bas-Canada, SC 1849, c 46.

Acte pour l'organisation de la profession de Notaire dans cette partie de la Province appelée Bas-Canada, SC 1847, c 21.

Chambre du Conseil exécutif, arrêté en Conseil numéro 2046, 9 novembre 1966.

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

Code civil du Québec.

Code des professions, LQ 1973 c 43.

Code des professions, RLRQ c C-26.

Code de déontologie des médecins, D 816-80, (20 mars 1980) (1980) GOQ II 1877.

Code de déontologie des médecins, D 1213-2002, (9 octobre 2002) (2002) GOQ II 7354.

Code de déontologie des médecins, RRQ 1981, c M-9, r 4.

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17.

Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, LQ 2015, c 25.

Loi médicale, RLRQ c M-9.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, LQ 2015, c 1.

Loi sur l'assurance-maladie, RLRQ c A-29.

Loi sur la pharmacie, RLRQ c P-10.

Loi sur les aliments et drogues, LRC 1985, c F-27.

Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu, RLRQ c P-38.0001.

Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, D 191-2007, 21 février 2017, (2007) GOQ II, 1436.

DOCTRINE ET DOCUMENTATION DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Abbate, Antonio, « Ethical Challenges in Treating Friends and Family » (2014) *New England Journal of Medicine* 2436, en ligne: < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1412844> >.

Adler, Ericka L., « Physicians Selling Products: Legal and Ethical Considerations » (8 février 2012), en ligne (blogue): *Physicians Practice* < <http://www.physicianspractice.com/blog/physicians-selling-products-legal-and-ethical-considerations> >.

American Medical Association, *Code of Medical Ethics*, Chicago, American Medical Association Press, 1847.

American Medical Association, *Code of Medical Ethics*, Opinion 8.19, juin 1993, en ligne : < <http://journalofethics.ama-assn.org/2012/05/coet1-1205.html> >.

Association canadienne de protection médicale, « Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? » (avril 2014), en ligne : < <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends> >.

Association médicale canadienne, « Les interactions avec l'industrie pharmaceutique : lignes directrices pour les médecins », 2007, en ligne : < <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/cma-policy-guidelines-for-physicians-in-interactions-with-industry-pd08-01-f.pdf> >.

Bégin, Luc, « Le modèle professionnel québécois et les situations conflictuelles de loyautés multiples : quelques pistes de réflexion » dans Jennifer Centeno et Luc Bégin, dir, *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques*, Montréal, Nota Bene, 2015, 235.

Boeringer, Charles-Henri, et al, *Les conflits d'intérêts dans l'entreprise : identifier, prévenir et gérer les conflits d'intérêts*, Paris, LexisNexis, 2016.

Caddell, Andrew, « Accepter des cadeaux de patients » (2013) 59:12 Canadian Family Physician 523, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860939/> >.

Chen, Frederick M., et al, « Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook », (2001) Western Journal of Medicine, 175, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071568/> >.

Christman, Kenneth D., « AMA Attacks Physicians Caring for Their Families » (2011) 16: 3 Journal of American Physicians and Surgeons 85, en ligne : < <http://www.jpands.org/vol16no3/christman.pdf> >

Conseil de l'éducation médicale continue du Québec et Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*, 2003, en ligne : < <http://www.ascpeq.org/telechargement/Documents/FMC/Code%20ethique%20emc%20fra.pdf> >.

Conseil de recherche médicale du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, 2014, en ligne : < http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69 >.

Collège des médecins, communiqué, « Relations commerciales avec des médecins : Le Collège des médecins ne partage pas la vision de l'Office des professions », 17 octobre 2005.

Collège des médecins, « Futur Règlement sur le développement professionnel continu obligatoire des médecins : mise au point », communiqué, 9 mars 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/futur-reglement-dpc-mise-au-point.aspx> >.

Collège des médecins, « Gare au marketing d'influence! », communiqué, 9 novembre 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/gare-marketing-influence.aspx> >.

Collège des médecins, *Indépendance professionnelle et frais réclamés au patient*, mars 2015, mis à jour en janvier 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/pdf/divers/code-independance-frais-reclames.pdf> >.

Collège des médecins, *La médecine d'expertise*, guide d'exercice, septembre 2006, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-09-01-fr-medecine-expertise-guide.pdf> >.

Collège des médecins, *La médecine esthétique*, guide d'exercice, mai 2018, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-05-17-fr-medecine-esthetique-guide.pdf?t=1532131200024> >.

Collège des médecins, *La médecine esthétique*, rapport du groupe de travail sur la médecine esthétique, adopté par le conseil d'administration le 10 juin 2016, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-09-21-fr-la-medecine-esthetique.pdf> >.

Collège des médecins, « La publicité et l'utilisation du titre de médecin à des fins commerciales », communiqué, 7 décembre 2015, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/publicite-et-utilisation-titre-de-medecin-fins-commerciales.aspx> >.

Collège des médecins, « Le mandat d'expertise : transparence et pertinence », communiqué, 20 janvier 2016, en ligne : < <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/mandat-expertise-transparence-et-pertinence.aspx> >.

Collège des médecins, *Le médecin et la recherche clinique*, guide d'exercice, juillet 2007, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-07-01-fr-medecin-et-recherche-clinique.pdf> >.

Collège des médecins, *Les conflits d'intérêts et l'indépendance professionnelle : Nouveaux défis pour l'éthique des médecins*, rapport du groupe de travail sur l'éthique, octobre 2000.

Collège des médecins, *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter*, Rapport du groupe de travail en éthique clinique, adopté par le comité exécutif le 22 septembre 2011, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2011-09-01-fr-frais-factures-patients.pdf> >.

Collège des médecins, *Le médecin, la publicité et les déclarations publiques*, guide d'exercice, août 2010, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2010-08-01-fr-md-publicite-et-declarations-publiques.pdf> >.

Collège des médecins, *Les ordonnances individuelles faites par un médecin*, guide d'exercice, octobre 2016, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf> >.

Collège des médecins, *Modifications au Code de déontologie des médecins*, guide explicatif, janvier 2015, mis à jour en janvier 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf> >.

Collège des médecins, *Points de réflexion à l'usage des médecins avant la signature d'un bail*, mars 2008, révisé en octobre 2015, en ligne : < <http://www.cmq.org/pdf/divers/reflexions-bail.pdf?t=1534787731857> >.

Collège des médecins, *Rapport annuel 2016-2017*, juin 2017, en ligne : < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-4-2017-06-07-fr-rapport-annuel-2016-2017.pdf> >.

College of Physicians and Surgeons of British Columbia, «Promotion and Sale of Products », norme d'exercice, en ligne : < <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Promotion-and-Sale-of-Products.pdf> >.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et al, *Norme nationale pour le soutien des activités de DPC agréées*, 29 août 2016, en ligne : < <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/providers/tools-resources-accredited-cpd-providers/national-standard-accredited-cpd-activities-f> >.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *Les professions et la société*, vol. VII, tome 1, cinquième partie, Gouvernement du Québec, 1970, en ligne : < https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038 >.

Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins, *Code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins*, 2016, en ligne : < http://cqdpqm.ca/wp-content/uploads/2017/05/Code-d%C3%A9thique_en-r%C3%A9vision.pdf >.

Dabi-Schwebel, Gabriel, « Marketing d'influence : définition » (6 décembre 2015), en ligne (blogue) : *1min30* < <https://www.1min30.com/dictionnaire-du-web/marketing-dinfluence> >.

Davis, Michael et Andrew Stark, *Conflict of Interest in the Professions*, Oxford, Oxford University Press, 2001.

Desharnais, Gaétane, *La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008.

Dussault, Gilles, « L'évolution du professionnalisme au Québec », (1978) 33:3 Relations industrielles 428, en ligne : < https://www.riir.ulaval.ca/sites/riir.ulaval.ca/files/1978_33-3_4.pdf >.

Dussault, René et Louis Borgeat, « La réforme des professions au Québec », (mai 1974) 34 R du B 7.

Fortin, Pierre, « L'éthique et la déontologie : un débat ouvert » dans Guy Bourgeault, dir, *L'éthique professionnelle : réalités du présent et perspectives d'avenir au Québec*, Montréal, Fides, 1989, 65.

Gold, Katherine J., et al, « No Appointment Necessary? Ethical Challenges in Treating Friends and Family », (2014) New England Journal of Medicine 1254, en ligne: < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1402963> >.

Institut supérieur des sciences humaines, *La déontologie professionnelle*, Québec, Université Laval, 1977.

Katz, Daniel, et Robert L. Kahn, *The Social Psychology of Organizations*, New York, Wiley, 1966.

La Presse, « Médecins courtisés par les chaînes de pharmacie – Le Ministère s'en remet au Collège des médecins », 12 septembre 2004, p A-5.

Krupa, Caroline, «The Limits of Treating Loved Ones» (6 février 2012), en ligne (blogue): *American Medical News* < <http://www.themph.org/Resources/Articles/tabid/98/ArticleID/164/The-Limits-of-Treating-Loved-Ones.aspx> >.

Legault, Chantal, « Un doc pour le doc » (2 juillet 2014), en ligne (blogue) : *Santé inc.* < <http://santeinc.com/2014/07/un-doc-pour-le-doc/> >.

Legault, Georges-A. et Marie-Paule Desautniers, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2003.

Létourneau, Alain, « Vers une clarification de la notion d'intérêt » dans *École du Barreau du Québec*, dir, *Éthique, profession juridique et société*, Collection de droit 2011-2012, Cowansville, Yvon Blais, 2011, 25.

Lettre de M^e Jean-Pierre Ménard à la ministre fédérale de la Santé Jane Philpott, 3 décembre 2015, en ligne : < http://www.menardmartinavocats.com/documents/file/lettre-a-l-honorable-jane-philpott-03_12_2015.pdf >.

Lexchin, Joel, *Doctors in Denial : Why Big Pharma and the Canadian Medical Profession Are Too Close for Comfort*, Toronto, James Lorimer & Company Ltd, 2017.

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Politique sur le traitement de soi-même, des membres de sa famille ou d'autres proches par un médecin*, 2017, en ligne : < <http://www.cpsso.on.ca/CPSO/media/documents/Politiques/Policy-Items/French-Translations/Politique-sur-le-traitement-de-soi-meme-des-membres-de-sa-famille-ou-dautres-proches-par-un-medecin.pdf?ext=.pdf> >.

Ouellette, Yves, « L'imprécision des codes de déontologie professionnelle », (novembre 1977) 37 R du B 669.

Oxtoby, Kathy, « Doctors' self prescribing » (10 janvier 2012), en ligne (blogue): *The BMJ* < <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20006142> >.

Le Petit Larousse illustré, 2018.

Petit Robert de la langue française, 2017.

Piché, Catherine, « Définir, prévenir et sanctionner le conflit d'intérêts », (2013) 47:3 RJT 497, en ligne : < https://ssl.editionsthemis.com/uploaded/revue/article/31021_Pich%C3%A9.pdf >.

Programme d'aide aux médecins du Québec, *Guide pour les médecins traitant des médecins*, mai 2012, en ligne : < http://fmoq.s3.amazonaws.com/formation/outils/guides-pratiques-lignes-directrices/Guide_medecins_FINALWEB_24%20MAI2012.pdf >.

Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Plan stratégique 2015-2020*, mis à jour en 2017, en ligne : < <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf> >.

Québec, Office des professions, *Avis de l'Office des professions du Québec sur la déontologie et l'exercice en société en regard des pratiques commerciales entre les médecins et les pharmaciens*, avril 2005, en ligne : < https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Avis/AVIS-OFFICE-MEDECINS-PHAR_2005.pdf >.

Radio-Canada, « Les médecins courtisés par les pharmacies », 20 septembre 2004, en ligne : < <http://ici.radio-canada.ca/radio/maisonneuve/20092004/39778.shtml> >.

Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Manuel des médecins omnipraticiens*, en ligne : < <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/100-facturation-omnipraticiens/manuel-omnipraticiens-remuneration-acte.html> >.

Richer, Suzanne, « Le médecin de famille devrait-il se traiter lui-même ou non? NON » (2009) 55 *Canadian Family Physician* 784, en ligne : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726088/> >.

Richer, Suzanne, « Les relations entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques au quotidien », *Revue Le Collège XLIV*:1 (hiver 2004) 12.

Rodwin, Marc A., *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*, New York, Oxford University Press, 1993.

Savard, Anne-Marie, « Les responsabilités des chercheurs, des comités d'éthique et des établissements en matière de conflits d'intérêts en recherche biomédicale : un cadre normatif adéquat? » présentée à l'Université de Sherbrooke, 2 mai 2013, en ligne : < <http://docplayer.fr/75744561-Colloque-les-30-ans-des-programmes-en-droit-et-politiques-de-la-sante-la-responsabilite-dans-tous-ses-etats.html> >.

Steinman, Michael A., et al, « Of Principles and Pens : Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions » (mai 2001) *American Journal of Medicine* 551

Thomas, Carolyn « When doctors go retail : is it okay to sell products? » (9 septembre 2010), en ligne (blogue): *The Ethical Nag* < <https://ethicalnag.org/2010/09/09/doctors-selling-retail/> >.

Thompson, Dennis F., « Understanding financial conflict of interest » (1993) 329:8 *New England Journal of Medicine* 573, en ligne : < <https://pdfs.semanticscholar.org/0795/04bd2e2161f0ae521ecdf84a46a809743051.pdf> >.

Transplant Québec, « Don et transplantation au Québec », en ligne : < <https://transplantquebec.ca/don-et-transplantation-au-quebec> >.

Wazana, Ashley, « Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? » (19 janvier 2000) *Journal of the American Medical Association* 283:3 373.

JURISPRUDENCE

Bécharde c Roy, [1975] CA 509, AZ-75011146.

Béliveau c Comité de discipline du Barreau du Québec, [1992] RJQ 1822.

Bernatchez c Gagné, AZ-50803547.

Boulianne c Médecins (Ordre professionnel des), [1996] DDOP 271, AZ-96041051.

Chevalier c Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des), 2005 QCTP 137, AZ-50348158.

Comité – Médecins – 1, [1983] DDCP 81, AZ-83041044.

Comité – Médecins – 2, [1983] DDCP 83, AZ-83041010.

Comité – Médecins – 5, [1986] DDCP 98, AZ-86041120.

Corporation professionnelle des médecins du Québec c Khalil, [1992] DDCP 139, AZ-92041086, conf par AZ-50009975.

Corporation professionnelle des médecins du Québec c Taylor, [1991] DDCP 71, AZ-91041001, inf par [1992] DDCP 255, AZ-92041042.

Finney c Barreau du Québec, 2004 CSC 36.

Genest c Médecins (Ordre professionnel des), 2008 QCTP 198, inf en partie AZ-50386154, requête en révision judiciaire rejetée par 2009 QCCS 4295, requête pour permission d'appeler rejetée par 2009 QCCA 1682 et requête en révision de la décision du Tribunal rejetée par 2009 QCTP 127.

Hodgkinson c Simms, [1994] 3 RCS 377.

Kienapple c R, [1975] 1 RCS 729.

Landry c S.B., [2006] DDOP 116, AZ-50432072, inf A c *Landry*, [2007] DDOP 271, AZ-50298569.

Laporte c Médecins (Ordre professionnel des), [1997] DDOP 271, requête en évocation à la CS rejetée par AZ-97022032 et cause rayée à la CA (500-09-005842-976).

Médecins (Corp. professionnelle des) c Drouin, [1991] DDCP 82, AZ-91041062.

Médecins (Corp. professionnelle des) c Michaud, [1993] DDCP 90, AZ-93041037, conf par [1994] DDCP 256, AZ-94041021.

Médecins (Corp. professionnelle des) c Normand, [1993] DDCP 122, AZ-93041085, appel sur la sanction accueilli en partie par [1994] DDCP 269, AZ-94041062.

Médecins (Corp. professionnelle des) c Vachon (26 octobre 1999), 24-98-00462 (Conseil de discipline du Collège des médecins).

Médecins (Ordre professionnel des) c Adle, AZ-51249630, conf par 2018 QCTP 12, pourvoi en contrôle judiciaire à la CS, 500-17-102590-182 (22 mars 2018).

Médecins (Ordre professionnel des) c Backler, AZ-50862877, inf par 2014 QCTP 135, AZ-51134847, requête en révision judiciaire accueillie en partie par 2016 QCCS 584, AZ-51255417, appel au TP accueilli par 2016 QCTP 153, AZ-51355402, pourvoi en contrôle judiciaire rejeté par la CS par 2018 QCCS 265, AZ-51463697.

Médecins (Ordre professionnel des) c Baril, [1995] DDOP 63, désistement d'appel à AZ-50009758.

Médecins (Ordre professionnel des) c Bettez, AZ-51504839.

Médecins (Ordre professionnel des) c Courchesne, AZ-51307620, en appel (505-07-000094-170).

Médecins (Ordre professionnel des) c Benjamin, AZ-50391967.

Médecins (Ordre professionnel des) c Bergeron, AZ-51402365.

Médecins (Ordre professionnel des) c Bernier, AZ-51456549.

Médecins (Ordre professionnel des) c Bourget, AZ-51380801.

Médecins (Ordre professionnel des) c Carrier, AZ-50999675.

Médecins (Ordre professionnel des) c Chen, inf en partie avec dissidence quant au dossier n° 500-07-000850-143 et appel rejeté quant au dossier n° 500-07-000843-148 par 2015 QCTP 83, AZ-51222329, pourvoi en contrôle judiciaire accueilli en partie par 2017 QCCS 3785, AZ-51419082, requête pour permission d'appeler accueillie par 2017 QCCA 1571, AZ-51433169.

Médecins (Ordre professionnel des) c Coderre-Porras, AZ-51500990.

Médecins (Ordre professionnel des) c Cossette, AZ-51504840.

Médecins (Ordre professionnel des) c Courchesne, AZ-50104107.

Médecins (Ordre professionnel des) c Déry, AZ-51116692.

Médecins (Ordre professionnel des) c Desroches, [2006] DDOP 124, AZ-50317176, conf en partie par 2008 QCTP 115, AZ-50501116.

Médecins (Ordre professionnel des) c Des Rosiers, AZ-51381467.

Médecins (Ordre professionnel des) c Dompierre, AZ-51119099.

Médecins (Ordre professionnel des) c Dumont, AZ-50559906.

Médecins (Ordre professionnel des) c Duquette, AZ-50739408.

Médecins (Ordre professionnel des) c Eisenberg, AZ-50897757.

Médecins (Ordre professionnel des) c Fanous, [2010] DDOP 124, appel sur la culpabilité accueilli en partie et appel sur la sanction rejeté par 2011 QCTP 228, requête en révision rejetée par 2013 QCTP 7, requête en révision rejetée par 2014 QCTP 133, requête en révision judiciaire rejetée par 2014 QCCS 3296, requête en révision judiciaire rejetée par 2016 QCCS 816, requête pour permission d'appeler rejetée par 2014 QCCA 1731 et requête pour permission d'appeler rejetée par 2016 QCCA 679.

Médecins (Ordre professionnel des) c Frenette, AZ-51409519.

Médecins (Ordre professionnel des) c Guertin, AZ-51504841.

Médecins (Ordre professionnel des) c Hage, AZ-51504842.

Médecins (Ordre professionnel des) c Hanna, AZ-51504843.

Médecins (Ordre professionnel des) c Herrera-Correra, AZ-50959752.

Médecins (Ordre professionnel des) c Hoyeck, [2004] DDOP 150, AZ-50191658, conf par 2005 QCTP 104, AZ-50333123.

Médecins (Ordre professionnel des) c Hum, AZ-51465597.

Médecins (Ordre professionnel des) c Jammal, AZ-51504844.

Médecins (Ordre professionnel des) c Lapointe, AZ-51504845.

Médecins (Ordre professionnel des) c Leduc, AZ-50392088, sanction conf par 2008 QCTP 90, AZ-50494875.

Médecins (Ordre professionnel des) c Lesage, AZ-51222813.

Médecins (Ordre professionnel des) c Ly, AZ-50392461, conf par 2008 QCTP 126, AZ-50503036.

Médecins (Ordre professionnel des) c Mailloux, AZ-50583457, conf avec dissidence par 2013 QCTP 43, AZ-50963151, requête en révision judiciaire rejetée par 2014 QCCS 1594, AZ-51066372, appel accueilli en partie et requête en arrêt des procédures rejetée par 2016 QCCA 62, AZ-51248020, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 36951 (23 juin 2016).

Médecins (Ordre professionnel des) c Martin, AZ-51410008.

Médecins (Ordre professionnel des) c Monette, AZ-51336612.

Médecins (Ordre professionnel des) c Morel, AZ-50385522.

Médecins (Ordre professionnel des) c Neault, AZ-50153289.

Médecins (Ordre professionnel des) c Nicolas, AZ-51511979.

Médecins (Ordre professionnel des) c Pasternac, AZ-50999676, conf sur la culpabilité et inf sur la sanction par 2015 QCTP 11, AZ-51147193.

Médecins (Ordre professionnel des) c Rappaport, [1996] DDOP 84, AZ-96041031.

Médecins (Ordre professionnel des) c Rioux, AZ-51009790.

Médecins (Ordre professionnel des) c Sakellarides, AZ-51261389, en appel (540-07-000078-162).

Médecins (Ordre professionnel des) c Simard, AZ-51504846.

Médecins (Ordre professionnel des) c St-Gelais, AZ-51509164.

Médecins (Ordre professionnel des) c St-Hilaire, AZ-51410626.

Médecins (Ordre professionnel des) c Synnott, [2003] DDOP 166, AZ-50191195.

Médecins (Ordre professionnel des) c Tadros, AZ-50577921, conf sur la culpabilité et inf en partie sur la sanction par 2012 QCTP 69, AZ-50857611.

Médecins (Ordre professionnel des) c Turmel, AZ-50653919.

Médecins (Ordre professionnel des) c Yee, AZ-51472820.

Norberg c Wynrib, [1992] 2 RCS 226.

Paquette c Comité de discipline de la Corporation professionnelle des médecins, [1995] RDJ 301, 1995 CanLII 5215.

Pearlman c Société du Barreau du Manitoba, [1991] 2 RCS 869.

Pigeon c Daigneault, [2003] RJQ 1090, 2003 CanLII 32934, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 29829 (9 octobre 2003).

Poulin c Collège des médecins du Québec, 2011 QCCS 813, [2011] RJQ 743, conf par 2013 QCCA 187, [2013] RJQ 279, autorisation de pourvoi à la CSC refusée, 35289 (13 juin 2013).

Rocket c Collège royal des chirurgiens dentistes d'Ontario, [1990] 2 RCS 232.

Tardif c Rousseau, AZ-51432371, appel rejeté par 2008 QCTP 7, AZ-51460625.